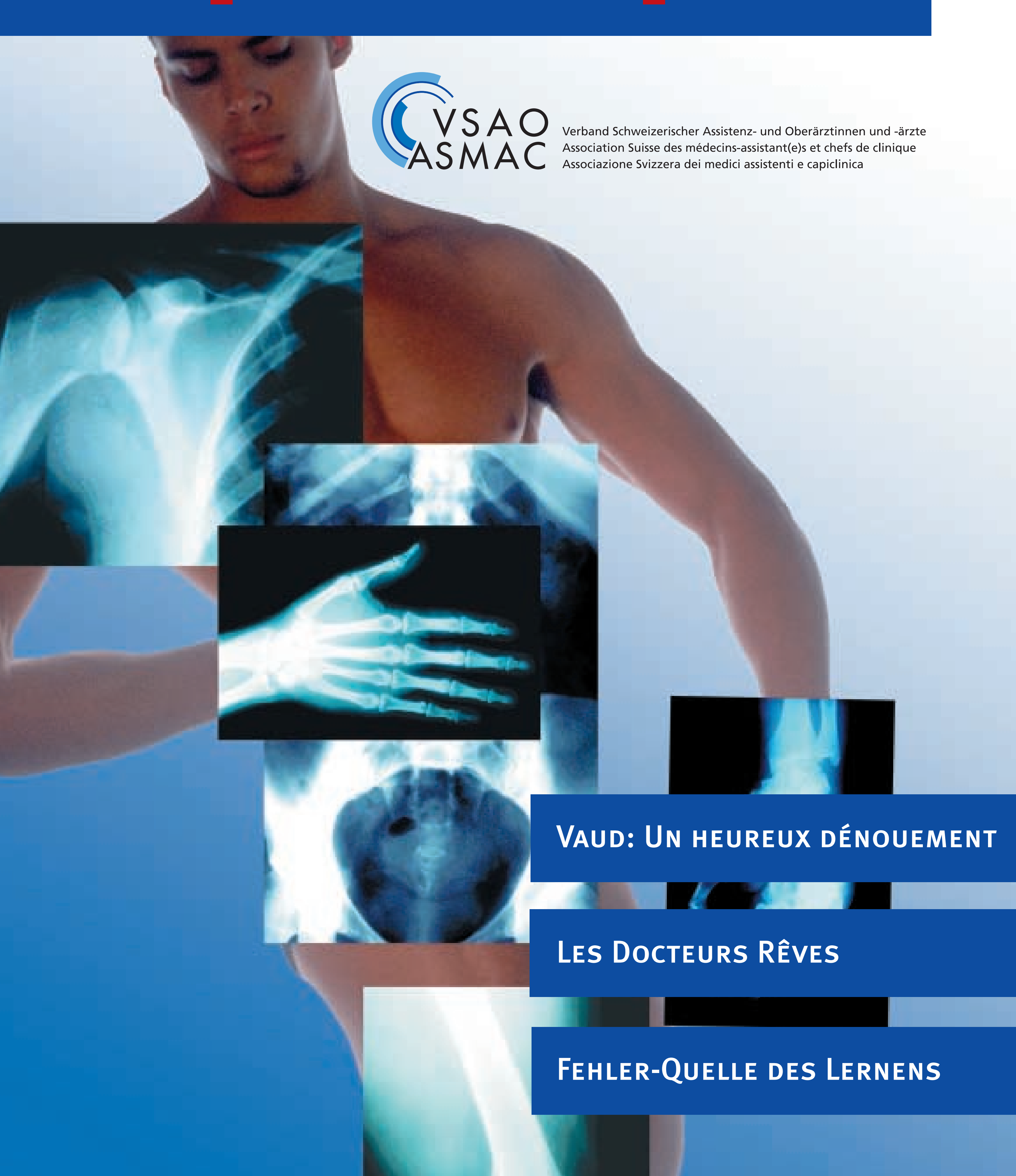
Nummer 10 / 22. Jahrgang / Oktober 2003

VSAO [JOURNAL] ASMAC



Vaud: Un heureux dénouement

Les Docteurs Rêves

Fehler-Quelle des Lernens

INHALTSVERZEICHNIS



EDITORIAL

3 Wenn der Patient die Geduld verliert

3 Quand le patient perd patience

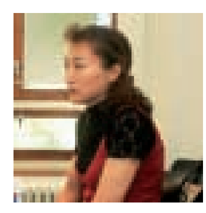


POLITIK

4 Heisser Herbst für die FMH

4 Un automne agité pour la FMH

6 Améliorez vos conditions de travail, mode d'emploi!

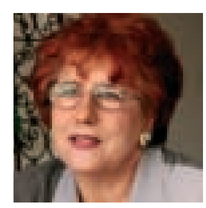


FORUM

8 Erreur médicale à l'hôpital – faute individuelle ou institutionnelle?

10 Vom Mechaniker zum Mentor

14 Über die Folgen der «Kultur-Sicht» auf MigrantInnen



18 Von der Kunst, mit Kunstfehlern umzugehen

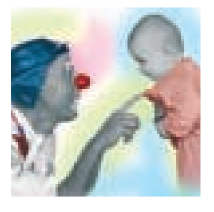
23 Les docteurs Rêves frappent toujours avant d'entrer



28 Aus Fehlern lernen

32 Wenn frau operiert, hat man Bedenken

36 «Hauptproblem ist die gestörte Kommunikation»



39 Von Patienten lernen – neue Wege im Berner Medizinstudium

42 Bring- und Holschuld in der Weiterbildung



VSAO-ASMAC

44 Das «heisse» Grümpelturnier

45 Kongress eHealthCare.ch 03

45 «Forschung am Menschen»

46 Seminarangebot 2003

47 Séminaires 2003

47 Zu guter Letzt

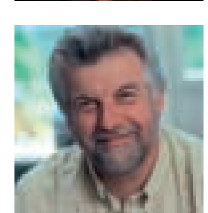


MEDISERVICE VSAO-ASMAC

48 Weiterhin auf die zweite Säule setzen? Zweite Säule im Fokus.

50 Miser à nouveau sur le 2ème pilier? Le deuxième pilier en point de mire.

52 Praxiseröffnung: Fragen und Antworten



54 Ouvrir son cabinet médical: questions et réponses



WWW.VSAO.CH / WWW.ASMAC.CH



Catherine Aeschbacher
Chefredaktorin VSAO Journal
Rédactrice en chef du Journal ASMAC

Wenn der Patient die Geduld verliert

Das Deutsche Wörterbuch ordnet ihn unter anderem dem Sachgebiet «Passive Menschen» zu. Und sein Name deutet bereits auf sein Wesen hin: duldsam und gottergeben. Einige Ärztinnen und Ärzte wünschen sich ihn wohl auch so. Denn ein kritischer, wissbegieriger Patient ist unter Umständen viel zeit- und nervenraubender als einer, der sich wie ein Schaf vom Hirten leiten lässt.

Doch wie geduldig und passiv ist der Patient nun wirklich? Auskunft gibt die internationale Studie «The European Patient of the Future», welche in acht europäischen Ländern, unter anderem auch in der Schweiz, durchgeführt worden ist. Befragt wurde ein Sample von 1000 repräsentativ ausgewählten Schweizerinnen und Schweizern.

Eines der Resultate lässt an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig: 91 Prozent aller Befragten wollen bei Behandlungen in die Entscheide miteinbezogen werden. Das Modell «schweigender Dulder» ist demnach völlig aus der Mode gekommen, sollte es denn je existiert haben. Heutige Patienten sind besser informiert, emanzipierter und kostenbewusster als frühere Generationen. Hier öffnet sich offenbar eine Kluft zwischen Ärzte- und Patientenschaft, denn nur gerade zwei Drittel aller Befragten beurteilt die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten als ausreichend. Urs Stoffel, Präsident der Zürcher Ärztegesellschaft, spricht angesichts dieses Resultats im «Tages-Anzeiger» von einer «Holschuld» der Patientinnen und Patienten, diese müssten eben auch fragen. Vielleicht sollten Ärztinnen und Ärzte künftig eher von einer Bringschuld ausgehen. Stehen Spezialisten, gefolgt von den Hausärzten, doch immer noch vor allen andern Beteiligten an der Spitze der Vertrauensskala in Sachen Gesundheit.

Die vorliegende Ausgabe des VSAO Journals ist schwergewichtig dem Thema Patient gewidmet und soll ein möglichst breites Spektrum abdecken. So findet sich neben komplexen Bereichen wie Fehlermanagement oder Patientensicherheit auch ein Gespräch mit der ehemaligen Leiterin der Zürcher Patientenstelle. Auf Grund ihrer mehr als zwanzigjährigen Erfahrung ortet sie den Grund der meisten Klagen in mangelnder oder missverständlicher Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Ein Missstand, der relativ einfach zu beheben wäre, würden alle Betroffenen die kantische Maxime verinnerlichen und ihr Gegenüber so behandeln, wie sie von diesem behandelt zu werden wünschen.

Quand le patient perd patience

Le dictionnaire allemand le classe entre autre dans la catégorie «individus passifs». Et son nom indique déjà son caractère: résigné et soumis à la volonté divine. Certains médecins l'aiment aussi bien ainsi. Car un patient critique, qui veut savoir, est parfois beaucoup plus usant pour les nerfs et fait beaucoup plus perdre de temps qu'un patient qui se laisse guider telle une brebis par son berger.

Mais en fait, jusqu'à quel point le patient est-il vraiment patient et passif? L'étude internationale «The European Patient of the Future», menée dans huit pays européens dont la Suisse, nous renseigne à ce sujet. En Suisse, l'enquête a été effectuée auprès d'un échantillon représentatif de 1000 habitants.

Un des résultats ne laisse aucune place à l'ambiguïté: 91% de toutes les personnes interrogées veulent participer aux décisions concernant leur prise en charge. Le modèle «résigné au silence» est donc complètement démodé, pour autant qu'il ait existé. Les patients aujourd'hui sont mieux informés, émancipés et conscients des coûts, que les générations précédentes. Ici on découvre pourtant une faille béante entre médecins et patients, puisque seulement deux tiers des personnes interrogées jugent que la communication entre médecin et patient est suffisante. Urs Stoffel, président de la Société Médicale du canton de Zurich, s'exprimant dans le «Tages-Anzeiger», parle en l'occurrence d'un «péché par omission» de la part des patients: ceux-ci devraient justement aussi poser des questions. Peut-être les médecins devraient-ils à l'avenir plutôt se reconnaître débiteurs des patients. Les spécialistes, suivis par les médecins de premier recours, mais toujours encore avant tous les autres intervenants, sont au sommet de l'échelle de confiance dans les affaires de santé.

La présente édition du Journal ASMAC est vouée au thème «patient» en couvrant un spectre le plus large possible. Ainsi, à côté de domaines complexes tels que la gestion des erreurs ou la sécurité du patient, on trouve aussi dans cette édition un entretien avec l'ancienne directrice de l'Office zurichois pour les patients. Sur la base de ses plus de vingt ans d'expérience, elle situe la raison de la plupart des plaintes dans un défaut de communication, respectivement un manque de compréhension entre le médecin et son patient. Une carence qu'il serait relativement aisé de corriger si tous les impliqués intériorisaient la maxime de Kant et traitaient leur vis-à-vis comme ils voudraient être eux-mêmes traités par lui.

Heisser Herbst für die FMH

Die Auseinandersetzungen um den Ärztetarif Tarmed verkommen langsam zum Trauerspiel, und die 2. KVG-Revision stösst vielen sauer auf. Die Gesundheitspolitik sorgt dafür, dass sich die Gemüter auch nach Ende des Jahrhundertsommers nicht abkühlen. An ihrer ausserordentlichen Ärztekammer muss die FMH gleich beide höchst umstrittenen Geschäfte behandeln.

Matthias Winistörfer, Präsident VSAO-ASMAC CH

Die letzte Ärztekammer der FMH vom 30. April 2003 hat aus Zeitgründen nicht alle Traktanden behandeln können. Insbesondere einige Anliegen in Zusammenhang mit dem neuen Arzttarif Tarmed blieben unbehandelt. Die betroffenen Antragsteller (vor allem Fachgesellschaften) haben in der Folge die Einberufung einer weiteren Ärztekammer verlangt. Diesen Begehren hat der Zentralvorstand der FMH nicht entsprochen, da am 11. Oktober 2003 sowieso eine ausserordentliche Ärztekammer stattfinden wird, um über ein allfälliges Referendum gegen die 2. KVG-Revision zu entscheiden (bis dann sollte der vom Parlament verabschiedete Gesetzestext vorliegen). Anlässlich dieser Ärztekammer werden dann auch die Traktanden zu Tarmed und weitere Geschäfte behandelt werden.

Der Beschluss für das Ergreifen des Referendums gegen die 2. KVG-Revision muss mit vier Fünfteln der Stimmen gefasst werden, damit nach den Statuten der FMH auf eine Urabstimmung verzichtet werden kann. Die Urabstimmung könnte innerhalb von 60 Tagen verlangt werden – bis das Resultat der Urabstimmung endlich vorliegen würde, wäre die Referendumsfrist jedoch längst abgelaufen. Sowieso ist davon auszugehen, dass das Referendum an der Urne nur eine Chance haben kann, wenn es wirklich von der grossen Mehrheit der in der FMH organisierten Ärztinnen und Ärzte getragen wird. Dass die notwendigen 50 000 Unterschriften innert der gesetzlichen Frist gesammelt werden können, gilt als wahrscheinlich. Die für die Unterschriftensammlung und den Abstimmungskampf notwendigen Finanzmittel hat die letzte Ärztekammer bereits gesprochen. Trotzdem bleibt aber höchst ungewiss, wie die abstimmende Bevölkerung sich entscheiden wird.

Ziel des VSAO ist, mit 38 Delegierten an der ausserordentlichen Ärztekammer vom 11. Oktober 2003 teilzunehmen. Zwei seiner eigentlich 40 Ärztekammerdelegierten stellt der VSAO so lange AMIG und AMINE (den Nachfolgeorganisationen der ehemaligen VSAO-Sektionen Genf und Neuenburg) zur Verfügung, bis definitiv geregelt ist, über welche Basisorganisation die Mitglieder von AMIG und AMINE der FMH angehören werden.

Un automne agité pour la FMH

Les discussions portant sur le tarif médical Tarmed se dégradent progressivement au sens d'une comédie dramatique et la 2ème révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie suscite une vague d'insatisfaction. La politique de la santé chasse toute accalmie dans les esprits après la fin de cet été spectaculaire. Dans le cadre de la réunion extraordinaire de sa Chambre médicale, la FMH traite simultanément deux affaires extrêmement contestées.

Matthias Winistörfer, président de la VSAO-ASMAC CH

Lors de sa dernière réunion du 30 avril 2003, la Chambre médicale de la FMH n'a pu traiter tous les points à l'ordre du jour faute de temps. Certaines questions liées au nouveau tarif médical Tarmed sont notamment restées en suspens. Les demandeurs concernés (notamment des sociétés spécialisées) ont donc exigé une nouvelle réunion de la Chambre médicale. Le comité central de la FMH n'a pas satisfait à cette demande compte tenu du fait qu'une réunion extraordinaire de la Chambre médicale est prévue pour le 11 octobre 2003 afin de décider d'un éventuel référendum contre la 2ème révision de la LAMal (le texte de loi adopté par le Parlement devrait être alors à disposition). Les points de l'ordre du jour relatifs au Tarmed ainsi que d'autres questions seront traités lors de cette réunion de la Chambre médicale.

La décision d'avoir recours à un référendum contre la 2ème révision de la LAMal doit être adoptée par quatre cinquièmes des voix pour un renoncement à une votation par correspondance conformément aux statuts de la FMH. La votation par correspondance pourrait être exigée dans un délai de 60 jours, ce qui signifie que le délai relatif au référendum aura expiré bien avant l'obtention du résultat de la votation par correspondance. Il y a tout lieu de supposer que le référendum ne peut avoir une chance aux urnes que s'il est approuvé réellement par la grande

majorité des médecins membres de la FMH. Il est considéré comme probable que les 50 000 signatures nécessaires pourront être réunies dans le délai défini par la loi. La dernière Chambre médicale s'est déjà prononcée en faveur des moyens financiers nécessaires à la collecte des signatures et à la campagne du scrutin. La décision qui sera adoptée par la population votante demeure néanmoins extrêmement incertaine.

L'ASMAC a l'intention de participer à raison de 38 délégués à la réunion extraordinaire de la Chambre médicale du 11 octobre 2003. L'ASMAC met deux de ses 40 délégués à la Chambre médicale à la disposition de l'AMIG et de l'AMINE (les organisations qui ont succédé aux anciennes sections de l'ASMAC de Genève et Neuchâtel) jusqu'à ce que la question sur l'organisation de base par l'intermédiaire de laquelle les membres de l'AMIG et de l'AMINE appartiendront à la FMH soit définitivement réglée.

AMÉLIOREZ VOS CONDITIONS DE TRAVAIL, MODE D'EMPLOI!

Le protocole d'accord signé le 21 janvier 2003 entre l'Etat de Vaud et l'ASMAV (Association Suisse des médecins assistants et chefs de clinique, section Vaud) mettait un terme à la première grève administrative des médecins assistants. Il représentait le canevas d'un règlement dont l'entrée en vigueur était arrêtée au 1er avril 2003. Aujourd'hui, malgré un retard de 6 mois, les médecins assistants vaudois bénéficient enfin d'un règlement de travail satisfaisant.

Dr Eric Albrecht, Co-vice-président de l'ASMAV, Dr Sophie Rusca, membre du comité de l'ASMAV

Le 4 juillet 2002, la clause du besoin est mise en application pour une durée minimale de 3 ans dans toute la Suisse. Afin de pallier à cette mesure et de diminuer la pénibilité du travail de ses membres, l'ASMAV remet au chef du Département de la Santé et de l'Action sociale (DSAS), Monsieur le Conseiller d'Etat Charles-Louis Rochat, un cahier de revendications.

Aucun terrain d'entente n'est trouvé malgré le recours aux voies juridiques fédérales. Après l'avoir reporté deux fois, l'ASMAV lance la première grève des crayons des hôpitaux vaudois le 2 décembre 2002. Elle sera largement suivie pendant une quarantaine de jours, produisant un manque à gagner estimé à 60 mio de francs. Des négociations avec une délégation du Conseil d'Etat s'ensuivent et permettent de trouver un accord signé le 21 janvier 2003 par les deux parties.

L'Etat s'engageait formellement à faire respecter ce protocole d'accord au 1er avril 2003.

APRÈS LA GRÈVE

Si les difficultés d'application des articles du protocole d'accord étaient prévisibles, l'ASMAV n'imaginait cependant pas qu'un Etat puisse se jouer pareillement de la confiance à peine gagnée auprès des médecins. En effet, une Commission d'application du protocole d'accord, constituée de représentants de l'ASMAV, de la FHV, de la SVM et de la Faculté de médecine et présidée par un représentant du DSAS avait pour mission la rédaction d'un règlement qui puisse respecter l'esprit et la lettre du protocole d'accord. Les discussions y sont parfois difficiles mais toujours menées dans un esprit d'ouverture et de conciliation. Par exemple, l'ASMAV renonce provisoirement à l'amélioration du 2e pilier. L'ASMAV accepte également le retard pris dans l'application du règlement au vu de l'importance des enjeux pour chacun des partenaires.

En juillet dernier, la Commission d'application du protocole d'accord est en mesure de produire un projet de règlement et attend l'aval du Conseil d'Etat.

UNE TENSION CROISSANTE

Premier coup de théâtre: le Conseil d'Etat refuse de ratifier le règlement, arguant le risque d'inégalité de traitement entre médecins-assistants et d'autres corporations employées par l'Etat de Vaud! Les points litigieux nécessiteraient un réexamen par les services compétents de l'Etat. Un préavis de reprise de grève au 2 septembre 2003 est voté par l'assemblée générale de l'ASMAV qui se sent abusée et peine à contenir sa colère.

La Commission siège à nouveau le 28 août 2003: le conseiller d'Etat Charles-Louis Rochat y participe à titre extraordinaire pour invoquer les raisons financières, la procédure de consultation cantonale sur la révision de l'OLT1 et les pressions du corps professoral comme trois motifs majeurs de non ratification du règlement. Une nouvelle version d'un projet de règlement est donc proposée à la délégation du Conseil d'Etat.

Parallèlement, la direction administrative des hospices envoie un courrier à l'ensemble des chefs de service, donnant


L'assemblée générale.

du nouveau règlement l'image d'un carcan rigide ne supportant aucune exception.

Un heureux dénouement

Finalement, le règlement est validé le 10 septembre 2003 par le Conseil d'Etat in toto, présenté et accepté par les membres de l'ASMAV réunis en assemblée générale extraordinaire le 15 septembre. Les médecins-assistants vaudois bénéficient enfin d'un règlement de travail qui respecte la volonté fédérale en terme d'horaire et d'organisation du travail. L'Etat, en honorant sa parole, démontre qu'on ne peut se jouer indéfiniment d'un corps professionnel qui a largement fait la preuve de sa patience et sa bonne volonté.

L'ASMAV est consciente, puisqu'elle le vit de l'intérieur, de la spécificité du travail des médecins à l'hôpital, de la complexité des exigences de chaque service, des contraintes budgétaires et de la pénurie en ressources humaines pour assurer un cahier des charges incompressible. Aux premières loges de cet imbroglio se trouvent également les chefs de service, tenus de jongler entre financement, exigences de la formation continue, attente de la population et revendication des divers acteurs de la santé.

L'idée de ce règlement est celui de conditions cadres avec lesquelles il faudra compter pour réorganiser les services. Des solutions intelligentes existent: elles nécessitent souplesse de part et d'autre et surtout dialogue au sein de la hiérarchie médicale.

Zusammenfassung

Ein glückliches Ende

Vor kurzem konnte die Sektion Waadt einen Schlussstrich unter mühsame und sich über Monate erstreckende Verhandlungen ziehen. Das Parlament hat einem Arbeitsvertrag zugestimmt, der den Waadtländer Assistenzärztinnen und -ärzten zufrieden stellende Arbeitsbedingungen garantiert und bereits ab 2004 die Unterstellung unter das Arbeitsgesetz festschreibt. Allerdings musste die Sektion zu unmissverständlichen Mitteln greifen, um dieses Ziel zu erreichen. Im Dezember 2002 führte sie einen «Bleistiftstreik» durch, der nicht zuletzt auch schmerzliche finanzielle Folgen für das Staatswesen hatte. Seither wurden in mehreren Arbeitsgruppen während sechs Monaten die strittigen Themenbereiche verhandelt, deren Ergebnisse schliesslich in Form eines Vertragstextes dem Parlament unterbreitet wurden. Völlig überraschend verweigerte das Parlament im Juli jedoch seine Zustimmung. Nach weiteren Verhandlungen und nachdem die Sektion einen neuen Streik angekündigt hatte, stimmte schliesslich der Rat Mitte September dem neuen Vertrag mit kleineren Einschränkungen zu.

Erreur médicale à l'hôpital – faute individuelle ou institutionnelle?

Depuis une vingtaine d'années, la communauté médicale prend conscience de la conséquence des erreurs médicales commises. L'incidence d'erreurs individuelles peut être considérée comme manque de compétence et erreurs de groupe. Aux Hôpitaux Universitaires de Genève, un système de recueil d'incidents décentralisé a été mis en place afin de mieux pouvoir prévenir les incidents ultérieurs entraînant un préjudice aux patients ou même de nature «bénigne».

Pierre Chopard, Gestion des incidents, Direction médicale des Hôpitaux Universitaires de Genève

Il a fallu une dizaine d'années, depuis les premiers travaux réalisés dans les années 90, pour que la communauté médicale commence à prendre conscience de l'importance de l'erreur médicale. Ainsi, entre 48 000 et 100 000 américains décéderaient des suites d'une erreur médicale chaque année et environ 3% des patients hospitalisés subiraient un événement indésirable[1] dont la moitié imputable à une erreur.

Recherche des causes

Mais quelles en sont les causes? Le paradigme encore largement dominant dans les systèmes de soins tend à expliquer l'erreur par un manque de vigilance ou de compétences d'un individu ou d'un groupe d'individus. Les moyens de prévention sont constitués par la formation du personnel dans le but d'améliorer les compétences individuelles et par les sanctions qui participent au rappel à la vigilance. Au sein de ce paradigme, le système dans lequel l'individu évolue n'est pas pris en compte ou d'une façon marginale seulement. Or, plus les hôpitaux deviennent des systèmes complexes, plus la compréhension des relations entre l'erreur commise par un individu et le système dans lequel il évolue devient un élément incontournable pour améliorer la sécurité des soins. C'est pourquoi le modèle de James Reason qui intègre ces différents éléments est de plus en plus largement adopté par les systèmes de soins.[2]

Les «groupes incidents» à Genève

Au niveau des Hôpitaux Universitaires de Genève, les services de soins s'engagent progressivement dans le recueil d'incidents.[3] L'objectif de ces recueils réalisés sur une base volontaire est de comprendre les mécanismes qui ont conduit à l'incident, de proposer et de conduire des actions d'amélioration. Les «groupes incidents» n'ont donc pas pour mission d'établir des sanctions envers les collaborateurs concernés. Les déclarations d'incidents peuvent être nominatives ou non. Afin d'avoir une cohérence institutionnelle, le canevas d'analyse proposé

Zusammenfassung

Fehlermanagement im Spital

Erst seit etwas mehr als einem Jahrzehnt setzen sich die Mediziner bewusst mit beruflichem Fehlverhalten auseinander. Bislang ortete man die Ursache von Fehlern vor allem in individuellen Fehlleistungen oder solchen von Gruppen. Entsprechend versuchte man, mit verbesserter Aus- und Weiterbildung Abhilfe zu schaffen. Heute hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine Beziehung zwischen Individuen und dem sie umgebenden System besteht. Moderne Spitäler sind hochkomplexe Systeme, deren Strukturen in die Sicherheitsüberlegungen einbezogen werden müssen. Am Genfer Universitätsspital hat der Pflegedienst begonnen, schrittweise Vorfälle zu sammeln. Ziel der Sammlung, die auf Freiwilligkeit basiert, ist es, die Ursachen von Fehlern zu verstehen, und nicht etwa, «Schuldige» zu bestrafen. Da das Fehlermanagement von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden neben ihrer eigentlichen Tätigkeit betrieben wird, ist es dezentral den einzelnen Abteilungen zugeordnet. Ausnahme bilden schwerwiegende Vorfälle, die dem Patienten einen momentanen oder bleibenden Schaden zufügen. Diese Fehlleistungen, ob medizinischer oder administrativer Natur, müssen der Direktion gemeldet werden, welche die entsprechenden internen Stellen informiert, eventuell Massnahmen gegenüber den fehlbaren Angestellten einleitet oder – in gravierenden Fällen – die Staatsanwaltschaft beizieht. Das in Genf betriebene Fehlermanagement entwickelt sich gut. Dank der systematischen Sammlung können Fehlerquellen schneller erkannt werden. Die Ergebnisse der Fehleranalyse erfordern von den Abteilungen zusätzliche Arbeit – und entsprechend stellt sich die Frage nach den Finanzen. Allerdings ist das Fehlermanagement ein brauchbares Instrument, um die medizinisch tätigen Personen für Fragen der Qualitätskontrolle zu sensibilisieren. Da das Genfer Modell von konkreten Fällen ausgeht, wächst zudem auf Seiten der Ärzte und Pflegenden das Verständnis für organisatorische Probleme und für Fragen der Administration.

[1] C'est-à-dire un préjudice significatif, temporaire ou définitif, consécutif à la prise en charge médicale.
[2] Reason J, Human error. 1992, Cambridge, MA: Cambridge University press.
[3] Par incident, on entend tout événement qui a ou qui aurait ou porter préjudice à un patient.

par Vincent a été adopté.[4] Ces recueils d'incidents sont gérés par des groupes de professionnels (médecins, infirmiers) généralement en plus de leur activité habituelle. Les services qui ont actuellement les ressources pour consacrer tout ou partie d'un poste à cette activité sont, en effet, rares. La gestion des incidents est donc décentralisée au niveau des services à l'exception de la gestion des incidents graves c'est-à-dire des incidents qui ont entraîné un préjudice (temporaire ou permanent) pour un patient. Ceux-ci, de nature médicale ou administrative, doivent être annoncés à la direction qui relaye l'information vers les directions professionnelles (direction médicale, direction des soins infirmiers ou autres). L'analyse est conduite selon le même modèle que pour les incidents «bénins» mais les finalités sont en partie différentes. L'institution doit pouvoir se déterminer non seulement sur les causes et les possibilités de prévention ultérieures mais aussi en termes de responsabilités administrative, civile ou pénale. Dans le cas d'incident grave, l'institution peut donc être amenée à prendre des sanctions à l'encontre de collaborateurs en cas de fautes, transmettre le dossier à d'autres instances extérieures (commission de surveillance des activités médicales par exemple) ou dénoncer l'incident auprès de la justice (procureur général).

Mieux prévenir coûte ...

En conclusion, la gestion des incidents connaît un développement encourageant au sein des services. Conduite selon un nouveau paradigme elle est à même, par une approche systémique, de mieux faire émerger les facteurs qui facilitent la survenue d'une erreur ou empêchent sa détection au sein d'un service. Pour les services, cela implique de développer de nouvelles activités, de nouvelles compétences et, à terme, se posera inéluctablement la question de leur financement. Enfin, la gestion des incidents peut être également un instrument utile pour réconcilier les professionnels de soins avec les problèmes de gestion de la qualité. En partant de cas concrets, elle est plus à même de les intéresser aux problèmes organisationnels qui portent atteinte à la qualité des soins que d'autres démarches qualité volontiers perçues comme très bureaucratique telles certaines accréditations ou certifications.

[4] Vincent, C., et al., *How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol.* BMJ, 2000. 320(7237): p. 777-781.

Vom Mechaniker zum Mentor

Jung, schön, gesund – und das bis ins hohe Alter. Die Ideale der «Wohlfühlgesellschaft» prägen zunehmend die Arzt-Patienten-Beziehung. Breite Bevölkerungsschichten entwickeln ein Bewusstsein für gesundheitsschädigende Lebensmuster und suchen nach einem Gleichgewicht zwischen Arbeit und Freizeit. Parallel dazu verstärken sich die Forderungen nach Autonomie und Mitbestimmung – auch im Falle von Krankheit. Wem es gelingt, seine Patienten als Partner in den Heilungsprozess einzubeziehen, wird den vielfältigen Ansprüchen des Gesundheitswesens besser gewachsen sein.

Beat Künzi, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Leiter swisspep Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen

Neben epochalen Erfolgen kennzeichnet eine moderne «Stresskrise» unsere Leistungs- und Dienstleistungsgesellschaft. Erfolggewohnte Leistungshelden fallen dieser Krise ebenso wie erfolgverweigernde «Antihelden» und «Aussteiger» zum Opfer – paradoxerweise, wie es vorerst scheinen mag. Die gesundheits- und lebensbedrohlichen Gewohnheiten und Lebensmuster der industriellen und postmodernen Gesellschaft werden sichtbar und dringen zunehmend in das Bewusstsein breiter Bevölkerungsschichten ein. Diese Erfahrungen lösen gerade angesichts der hohen durchschnittlichen Lebenserwartung, welche in Mitteleuropa jährlich noch um zwei Monate zunimmt, eine Welle der Selbstreflexion aus. Langes Leben erscheint dann erstrebenswert, wenn es in vollen Zügen genossen werden kann. Ohne körperliche Integrität verlieren wir die Aussicht auf sozialen Erfolg und erotische Lebensqualität. Die Menschen streben daher nach einem neuen Gleichgewicht zwischen Arbeit und Freizeit, aber auch zwischen Körper, Geist und Seele. Als Hausarzt stelle ich bei einer wachsenden Zahl meiner Patienten eine steigende Selbstkompetenz in Bezug auf ihre eigene Lebensqualität fest, verbunden auch mit dem Willen zu nachhaltigem Verhalten in Bezug auf körperliche Gesundheit. Sie investieren bewusst in ihre körperliche Attraktivität, sie informieren sich und werden damit selbstbewusster, entwickeln spezifische Bedürfnisse – aber auch Preisbewusstsein.

Hypochondrie als Wirtschaftsfaktor

Selbstverständlich bringt diese Entwicklung zur «Wohlfühlgesellschaft» (nach Matthias Horx) nicht nur Segen. Ganz im Gegenteil: Viele Menschen werden durch das tägliche Überangebot der Massenmedien an Krankheits- und Heilsdefinitionen in ihrer eigenen Befindlichkeit völlig verunsichert. Eine hypochondrische Gesellschaft entsteht, und das Geschäft mit der Angst nährt einen gigantischen Gesundheitsmarkt. Andere sehen unter der Last ihrer psychosozialen Schwierigkeiten und/oder eines sie krank machendes Berufs- und Arbeitsfeldes nur mehr den sozial abgefederten Rückzug als Lösung. Sie fühlen sich nicht mehr genug leistungsfähig und wollen Anerkennung – im Krankenstand oder in ihrer Invalidität.

Arzt in der Wohlfühlgesellschaft

Als Ärzte sind wir von dieser Entwicklung zur Wohlfühlgesellschaft in mehrfacher Hinsicht betroffen: zuerst und ganz direkt in unseren individuellen Biographien, dann in unserem Rollen- und Selbstverständnis als Berufsgruppe und schliesslich und entscheidend auch in der Arzt-Patienten-Beziehung. Die Auswirkungen der geschilderten gesellschaftlichen Entwicklungen auf diese drei Bereiche werden nachstehend aus der Sicht des Autors als Betroffener wie als Hausarzt und Forscher illustriert. Schliesslich sollen die Anforderungen und Chancen, welche sich daraus bereits für die heutige und noch vielmehr für eine zukünftige Ärztegeneration ergeben, diskutiert werden.

Work-Life-Balance

Auch in unseren eigenen Biographien lassen sich typische gesellschaftliche Phänomene nachweisen. War bisher das Leben durch die drei Phasen Jugend, Berufs- respektive Familienleben und Ruhestand charakterisiert, so stellen wir heute auch bei Ärzten einen Trend zu einem fünfphasigen Lebensablauf fest. Zusätzlich finden wir eine lange Postadoleszenz, und viele versuchen einen «zweiten Aufbruch» – vor dem Ruhestand. Ein zweiter Aufbruch weist naturgemäss eine reaktive Komponente auf und kann auch als Coping-Strategie im Umgang mit der als lange und intensiv erlebten beruflichen Belastung verstanden werden. So konnten wir 2002 in einer repräsentativen Untersuchung unter 1770 Grundversorgern bei jedem fünften Hausarzt Zeichen eines Burnouts mit emotionaler Erschöpfung oder Depersonalisierung (im Sinne des Sich-nicht-mehr-Einlassens) finden. 48 (23 Prozent) von 211 von swisspep evaluierten Hausärzten würden eine andere Arbeit übernehmen, vorausgesetzt diese würde gleich gut bezahlt. Zwischen 18 Prozent (von 1770, s. unten) und 33 Prozent (nach einer weiteren Studie in der Romandie) der Ärzte würden einen anderen Beruf ergreifen, wenn sie nochmals vorne beginnen könnten. Gesundheitsschädigende Coping-Strategien lassen sich aber ebenso - wenn nicht sogar häufiger als in der Bevölkerung – unter Ärzten finden. In der erwähnten repräsentativen Untersuchung waren 34 Prozent Risikotrinker, 33,4 Prozent Exraucher und 12,4 Prozent aktive Raucher. Finden sich Ärzte gar in der Rolle des Patienten, tun sie sich meist schwer damit. Selbstbehandlung ist daher die Regel. So gab etwa jeder sechste Arzt an, in den letzten sieben Tagen ein psychotropes Mittel eingenommen zu haben. Fazit: Die Mehrheit –nämlich zwei von drei Hausärzten – erlebt heute ihre Arbeit immer noch als befriedigend oder sogar als sehr befriedigend. Doch die Zeit, ärztliches Wohlbefinden und die

Suche nach einer Work-Life-Balance zu thematisieren, hat längst begonnen.

Medienimage stresst

Die individuelle ärztliche Belastung hat in dem Masse zugenommen, wie sich die gesellschaftlichen Veränderungen auf das ärztliche Rollen- und Selbstverständnis auswirken. So zeigte die erwähnte repräsentative Untersuchung, dass das Bild der Medizin in den Medien zum grössten hausärztlichen Stressor wurde – neben der Arbeitsbelastung durch administrative Aufgaben und den Veränderungen im Gesundheitswesen. Die Gesellschaft verlangt dabei von den Ärzten immer mehr Rechenschaft, wenn nicht gar Kontroll- oder Polizeifunktion, angesichts der Nachfrage- und Angebotssteigerung, die aus der eingangs aufgezeigten Dynamik resultiert. Wirtschaftliche Geschäftsführung bringt vermehrten statistischen Aufwand, auch in der Praxis, überdies Selbstkontrollen und Fremdkontrollen von Qualität und Wirksamkeit der Leistungen. Diese Bereiche liegen ausserhalb der bisherigen Kernkompetenzen der Ärzteschaft.

Résumé

La relation médecin-patient au temps de la société de bien-être

A côté de succès d'époque, notre société de services et de prestations se distingue par une «crise de stress» à la mode. Les habitudes et le style de vie dommageables pour la santé de la société industrielle et postmoderne deviennent visibles et pénètrent de plus en plus la conscience de larges couches de la population. Les individus aspirent à un nouvel équilibre entre travail et temps libre, mais aussi entre corps, esprit et âme. En tant que médecins, nous sommes concernés à plus d'un titre par ce développement vers une société de bien-être: d'abord et tout à fait directement dans notre biographie individuelle, ensuite dans la compréhension de notre rôle en tant que groupe professionnel et finalement et de manière décisive, aussi dans la relation médecin-patient. Il s'agit d'intégrer le patient comme un expert compétent, muni de son fond personnel et culturel et de son expérience personnelle de la maladie. Le point fort repose sur la réflexion et la transformation de soi dans une dynamique de prévoyance. Jusque-là mécanicien ou au mieux instructeur, le médecin doit maintenant exercer le rôle d'entraîneur ou mentor. L'action centrée sur le patient implique aussi de prendre les décisions en commun et de respecter l'opinion du patient comme l'expression de son autonomie individuelle. La responsabilité individuelle du patient sera décisive aussi bien pour le financement du système de santé que pour vivre en bonne intelligence avec la santé.

Zweifelhafte technische Spielereien

Aber auch aus der Profession heraus entsteht Druck: Die EBM zeigt zunehmend, dass Innovation aus der Forschung oft nicht wie gewünscht oder nur mit Latenz in klinische Routinen einfliesst. Informationsvermittlung nach dem Muster der (obligatorischen) traditionellen ärztlichen Fortbildung führt kaum zu den erforderlichen Verhaltensänderungen der Leistungserbringer. Eine ganze Reihe sozialer und organisatorischer Faktoren sind notwendig, damit den Patienten angemessene Innovationen nicht länger vorenthalten werden. Doch: Was neu ist, ist nicht immer besser. Viele technische Spielereien erweisen sich oft erst spät wegen dem so genannten Pro-Innovation Bias als wenig hilfreich.

Die neuen Anforderungen lassen die Attraktivität ärztlicher Berufe gerade im Zeitalter der Wohlfühlansprüche sinken. Eine weitere Verknappung der ärztlichen Arbeitskapazitäten ist absehbar, verschärft noch durch die fortschreitende Feminisierung der Medizin. In Gesundheitswesen, die nach Marktgesetzen funktionieren müssen, wird eine Zweiklassenmedizin damit kaum zu vermeiden sein.

Autonomie stärken

Die Wohlfühlgesellschaft verändert nicht nur das ärztliche Rollenverständnis, sondern transformiert ganz entscheidend auch die Arzt-Patienten-Beziehung. Sowohl in der entfalteten wie in der bedrohten Individualität wird heute der Körper oft «als Bastion des autonomen Ichs» erlebt. Patientenzentriertes Vorgehen bedeutet hier Klärung der Vorstellung des Patienten, was bei ihm/ihr nicht gut geht (entsprechend dem ‹Health Belief Model›). Aber auch die mit der Gesundheitsstörung oder Krankheit zusammenhängenden Gefühle, die Auswirkungen auf alltägliches Funktionieren und die Erwartungen, was nun getan werden sollte, sind zu klären. Noch vielmehr als zu Zeiten Balints gilt es, die Patienten mit ihrem persönlichen und kulturellen Hintergrund und mit ihrer Krankheitserfahrung als kompetente Experten einzubeziehen. Doch nun liegt der Schwerpunkt nicht mehr auf episodischer Reparatur, sondern vielmehr auf Reflexion und vorsorgender Selbsttransformation. Information allein genügt nicht, damit diese Menschen ihr Verhalten sinnvoll verändern. Erst das individuelle Bewerten von Information führt zu Wissen und einer Interpretation, die ein Verstehen ermöglicht. Doch auch Verstandenes muss verbindlich internalisiert werden und zu einer inneren Weisheit führen, um schliesslich nachhaltig Verhalten und Handeln zu prägen. War der Arzt bisher Mechaniker oder bestenfalls Instruktor, wird er nun als Coach oder Mentor gefordert, der etwa bei chronischen Krankheiten Autonomie und bei Befindlichkeitsstörungen Identität fördert. Zum patientenzentrierten Vorgehen gehört es auch, Entscheide gemeinsam zu fällen und die Meinung des Patienten als Ausdruck des autonomen Individuums zu respektieren. Ärzte, die eine höhere Patientenautonomie erzielen und Entscheide grundsätzlich gemeinsam mit ihren Patienten fällen, haben motiviertere Patienten, die besser für sich

sorgen und damit bessere (biomedizinische) Resultate erreichen. Patienten werden so zu Koproduzenten ihrer Gesundheit. Nach eigenen Untersuchungen im Rahmen der swisspep Quali Doc® Praxisevaluationen gaben durchschnittlich 61 Prozent von 10'920 teilnehmenden Patienten an, dass sie vom Hausarzt optimal in Entscheide um ihre Gesundheit einbezogen werden. Zu denken gibt im hier diskutierten Kontext die diesbezügliche Streubreite unter 235 Praktikern, welche zwischen 19 und 92 Prozent liegt (IQR 14,6 Prozent)! In Arztpraxen, welche aus Patientenerfahrung die beste ‹Empowerment›-Gesamtleistung aufwiesen, gaben 75 Prozent der Patienten an, optimal mit dem Arzt zusammen entscheiden zu können. An diesen Besten, dem so genannten swisspep Top 10 Benchmark, kann sich zukünftiges Patienten-Empowerment orientieren.

Professionelles Management

Die Chancen stehen gut, dass der Sektor «Gesundheit» weiterhin ein «Shooting Star» der Ökonomie bleibt. Dies nicht zuletzt, weil psychosoziale Gesundheit und Empowerment erst Produktivität ermöglichen. Die Eigenverantwortung der Patienten wird dabei entscheidend sein, sowohl bezüglich Finanzierung wie hinsichtlich gesundheitsbewusstem Leben. Die Logik der proaktiven Selbstverantwortung löst in einem längeren Prozess damit die heutige kollektive Risikoumverteilung ab. Erfolgreiche Betreuung wird zunehmend im Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsvorsorge, aber auch an den Resultaten der Betreuung multimorbider Senioren gemessen werden.

Ein Restrukturierungsbedarf der Gesundheitssysteme bleibt also bestehen. Allerdings werden Innovationsprozesse in Zukunft weniger als sensationelle Neuerfindung denn als kontinuierlicher Verbesserungsprozess organisiert. Zur Erreichung von mehr Effizienz tragen wir als Ärzte Verantwortung; professionellem Management, Vernetzung und Spezialisierung kommt eine zentrale Rolle zu. Weiter sind zur Effizienzsteigerung Prozessmonitoring und -steuerung und entsprechende Transparenz unabdingbar. Hierzu sind die oben erwähnten neuen Dimensionen wie Patienten-Empowerment zu operationalisieren und transparent zu machen, ebenso die Work-Life-Balance der Leistungserbringer, die Teamentwicklung und die Funktion der Praxis/Institution als lernende Organisation. Entsprechende Modelle bestehen, etwa swisspep Quali Doc® für Hausarztpraxen, welche weiterentwickelt werden können (vgl. www.swisspep.ch). Intra- und extramural dürfen wir damit auf eine reifere, gelassenere und weisere Gesellschaft hoffen.

Die erwähnte Studie «Health and well-being of the Swiss primary care physicians» wurde von der Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW finanziert.

Kontakt: www.swisspep.ch; beat.kuenzi @swisspep.ch (Der Text spiegelt die persönliche Meinung des Autors und ist nicht als offizielle Meinung von swisspep oder den an swisspep beteiligten Standesorganisationen zu verstehen. Zur Erleichterung des Verständnisses wird nur die männliche Form im Text verwendet, selbstverständlich sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint. Literatur beim Verfasser.)

Über die Folgen der «Kultur-Sicht» auf MigrantInnen

MigrantInnen stellen spezielle Anforderungen an die Ärzteschaft. Oft werden ihre Leiden vorschnell als kulturspezifische Probleme abgewertet. Doch hinter dem «Mamma-Mia-Syndrom» oder dem «Morbus Bosporus» stecken vielfach Probleme, die nur durch Verständnis und Empathie erfasst werden können.

Dagmar Domenig, Dr. phil., lic. iur., Juristin, dipl. Pflegefachfrau, Ethnologin
(Bilder: Martin Guggisberg)

Was bedeutet eine «Kultur-Sicht» auf MigrantInnen? Fachpersonen, wie Ärzte und Ärztinnen, Pflegepersonal und andere Angehörige von Gesundheitsberufen, nehmen Barrieren bei der Betreuung und Behandlung von MigrantInnen in erster Linie als Sprach- oder «Kultur»barrieren wahr. Schwierigkeiten in der transkulturellen Begegnung werden so zu Problemen mit einer so genannten Kultur. MigrantInnen *haben* demnach nicht ein Problem, sondern sie sind das Problem, weil sie die hiesige Sprache nicht genügend beherrschen oder weil sie eine andere «Kultur» haben. Barrieren, deren Ursache in einer ungenügenden transkulturellen Kompetenz der behandelnden Fachperson liegen, wie ungenügende Kenntnisse über Migration, Integration sowie über die vielfältigen subjektiven Konzepte zu Gesundheit und Krankheit, werden somit ignoriert.



MigrantInnen sind nicht einfach Angehörige einer fremden Kultur, sondern Individuen.

«Welt in Stücken»

Der Wunsch nach so genannten Kulturrezepten ist meist auch der Antrieb für den Besuch einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema Migration und Gesundheit. Umso grösser ist dann meist auch bei Kursbeginn die Enttäuschung, wenn keine Kulturrezepte bzw. Handlungsanleitungen für den Umgang mit einer bestimmten «Kultur» vermittelt werden, sondern der Fokus vielmehr auf die Reflexion eigener lebensweltlicher Prägungen gerichtet wird (vgl. dazu auch Domenig 1999a). Erst die Bewusstheit über die Relativität eigener Wertvorstellungen und Verhaltensweisen, über die unendlichen Variationsmöglichkeiten sozialer Praxis und individueller, kontextabhängiger Sichtweisen führt zu transkultureller Kompetenz, eine Kompetenz, die in einer «Welt in Stücken» (Geertz 1996) zunehmend an Bedeutung gewinnt: «… die vielleicht folgenreichste Entwicklung besteht in der Verwandlung der Welt in jenes allgegenwärtige Flickwerk, mit dem wir jetzt so plötzlich konfrontiert sind. Die Zerschmetterung grösserer Zusammenhänge oder dessen, was als Zusammenhang erschien, in kleinere und lose miteinander verbundene hat die Verknüpfung lokaler und übergreifender Wirklichkeiten (…) extrem erschwert. Wenn das Allgemeine überhaupt zu begreifen und neue Einheiten zu entdecken sind, können sie offenbar nicht auf direktem Weg und in einem Anlauf erfasst werden. Wir müssen sie über den Umweg von Beispielen, Unterschieden, Variationen und Besonderheiten erschliessen – Stück für Stück eben und von Fall zu Fall. Die Splitter sind es, an die wir uns in einer zersplitterten Welt halten müssen» (ebd.: 19). Transkulturelle Kompetenz ist demzufolge die Fähigkeit, diese Splitter zur Kenntnis zu nehmen bzw. individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten (Domenig 2001c: 200).

Eine solche Herangehensweise steht dem in der Praxis nach wie vor sehr verbreiteten essentialistischen Kulturbegriff, der Kultur als ein in sich «komplexes Ganzes» (Tylor 1871: 1) mit einer eigenen Wesenheit verortet, diametral entgegen. Die Annahme, dass alle Mitglieder einer Gesellschaft innerhalb einer bestimmten, nach aussen klar abgegrenzten «Kultur» mit festgelegten Normen und Werten sozialisiert werden, impliziert, dass sich diese Mitglieder in der Folge auch entsprechend «kulturspezifisch» verhalten. Doch in einer zunehmend globalisierten Welt mit einem hohen Mass an Mobilität verlieren solch starre Konzepte ihre Berechtigung. «Kulturen» schweben also nicht sozusagen über den Individuen verschiedener Gruppen und erzeugen deren Verhalten und Wertvorstellungen in vorgespurten Bahnen. Vielmehr trifft der Mensch eine Wahl aus verschiedenen, sich ihm anbietenden Möglichkeiten je nach Interesse, Strategie, Situation, Kontext, Zeit und Ort und

verändert diese auch ständig in einem dynamischen Prozess. Infolgedessen helfen auch entsprechende «kulturspezifische» Hinweise oder «rezeptartige» Empfehlungen in der Migrationsarbeit nicht weiter, da diese die Individuen in ihren spezifischen Sinnwelten und Handlungskontexten nicht erfassen können, sondern im Gegenteil deren Handlungen und Bedeutungswelten durch eine eingeengte «Kultur-Sicht» kulturalisieren und stereotypisieren.

«Globale Familien»

Die Lebenswelt von MigrantInnen ist vielmehr von der Migrations- und Integrationsgeschichte geprägt, einer einschneidenden lebensgeschichtlichen Erfahrung, welche MigrantInnen teilen und Verbindungen über ethnische Gruppengrenzen hinweg schafft. Der teilweise Verlust an bisher gültigen Orientierungs- und Strukturierungsmöglichkeiten, die Veränderung sozialer Netzwerke, familiäre, aber auch beruflich bedingte Rollenwechsel, einschneidende Diskriminierungserfahrungen, ein häufig markanter Statusverlust sowie der Verlust an politischen Rechten prägen die Lebenswelt vieler MigrantInnen ungeachtet ihrer Herkunft. Auch neue, migrationsbedingte Formen sozialer Netzwerke bzw. Familienstrukturen gestalten die Lebenswelten von MigrantInnen. Indem MigrantInnen die sozialen Netzwerke im Herkunftsland über nationale Grenzen hinweg aufrechterhalten und weiterhin pflegen, entstehen globale, transnationale Beziehungsnetze, welche die Netzwerke in der Aufnahmegesellschaft überlagern. Transnationale Gemeinschaften, welche über räumliche und zeitliche Grenzen hinweg entstehen (vgl. a. Glick Schiller et al. 1992) bilden die «globale Familie», welche den Haushalt nicht mehr auf die Residenz abstützt, sondern auf einem weit gefassten Netzwerk, in dem auch Mitglieder im Ausland zum Haushalt gezählt werden (Stalker 1994: 35.). MigrantInnen sind meist so eng mit ihrem Herkunftsland verbunden, dass dortige Geschehnisse, wie z.B. kriegerische Auseinandersetzungen, Krankheit, Geldprobleme und andere wichtige Ereignisse in der «globalen Familie» oder transnationalen Gemeinschaft in ihren Lebensalltag im Aufnahmeland einfliessen. Der enge Blick auf «kulturspezi-

Résumé

À propos des conséquences de la «vision culturelle» sur les migrants

Les professionnels tels que médecins, personnel soignant et autres professionnels de la santé considèrent les difficultés de prise en charge des migrants en premier lieu comme des barrières linguistiques ou «culturelles». Les difficultés de la rencontre transculturelle sont ainsi taxées de problèmes avec une soi-disant culture. La prémisse que tous les membres d'une société à l'intérieur d'une «culture» spécifique aux frontières clairement délimitées par rapport à l'extérieur, seraient socialisés avec des normes et des valeurs déterminées, implique que ces membres se comportent par la suite aussi d'une manière «spécifique à cette culture». Cependant, dans un monde de plus en plus globalisé avec un haut degré de mobilité, de tels concepts figés perdent de leur crédibilité. Les «cultures» ne planent pas pour ainsi dire au-dessus des individus de divers groupes en fabriquant leurs comportements et leurs échelles de valeurs sur des voies tracées à l'avance. C'est bien plutôt l'individu qui, parmi diverses options qui s'offrent à lui, opère un choix selon ses intérêts, sa stratégie, sa situation, le contexte, l'époque et le lieu, et modifie aussi constamment son choix selon un processus dynamique. Voilà pourquoi les indications «spécifiques à la culture» ou les recommandations avec valeur de «recette» ne sont pas d'un grand secours dans le travail avec les migrants. La vie des migrants est beaucoup plus marquée par l'histoire de leur migration et de leur intégration, une expérience de vie radicale qu'ils partagent tous et qui a des implications et des rapports bien au-delà des frontières ethniques. Les œillères braquées sur l'arrière-plan «spécifique à la culture» font écran à l'expérience de vie de la migration elle-même et escamotent les formes d'organisation spécifiques aux migrations elles-mêmes. Dans leur pratique, les médecins s'appuient fréquemment sur leurs propres empreintes et reportent de manière irréfléchie leurs propres expériences de vie sur les migrants. Lorsque cette manière de procéder ne répond pas à leurs attentes aussi souvent inconscientes que non formulées, ils se retirent dans une attitude soi-disant professionnelle et la distance qu'ils mettent se résout la plupart du temps en une médicalisation. Cette attitude se manifeste clairement en particulier au contact de migrants qui ont des problèmes de douleurs. Il ne s'agit pas de remettre en question l'importance de connaître l'empreinte de la conception de la santé et de la maladie ou d'un système de santé différent, sur l'échelle des valeurs. Mais il faut prendre garde à ne pas faire reposer l'analyse de ces éléments sur une «culture» particulière, et il faut au contraire considérer que ces particularités sont pour la plupart en relation avec le passage d'une société dite organisée de manière traditionnelle, typiquement centrée sur un noyau social plutôt familial, à une société industrialisée plutôt centrée sur l'individu avec des formes de vie citadines. Les professionnels ne sont en mesure d'évaluer correctement une situation et d'intervenir avec la compétence transculturelle nécessaire pour répondre aux besoins conformément au contexte, que s'ils comprennent (écoutent) aussi ce que les patients ont à leur raconter, à l'intérieur de quels systèmes de valeurs ils structurent leur biographie et quels modèles d'explication individuels ils se sont forgés en relation avec leur problème. Mais il y a encore ceci: pour que le patient s'ouvre à son médecin, aux infirmières et autre personnel soignant, il faut en plus que l'intérêt qu'on manifeste à leur histoire soit empreint d'empathie.

fische» Hintergründe blendet diese die Lebenswelt von MigrantInnen prägenden Migrationserfahrungen und migrationsspezifischen Organisationsformen aus.

«Türkische Kopfschmerzen»

In der Praxis gehen insbesondere auch Ärzte und Ärztinnen häufig von ihren eigenen lebensweltlichen Prägungen aus, übertragen diese unreflektiert auf MigrantInnen und – falls diese ihre unausgesprochenen und oft auch unbewussten Erwartungen nicht erfüllen (können) – ziehen sich auf eine so genannte professionelle Haltung durch Distanzierung und meist auch Medikalisierung zurück. Besonders deutlich wird dies im Umgang mit MigrantInnen, welche Schmerzprobleme haben. Anne Fadiman beschreibt dies in ihrem äusserst spannenden Bericht über die in den USA lebenden, aus Laos migrierten Hmong folgendermassen: «Nach Dutzenden von Magen-Darm-Passagen, Elektromyogrammen, Blutuntersuchungen und Computertomographien wurde den Ärzten von Merced allmählich klar, dass zahlreiche Beschwerden der Hmong keine körperliche Ursache hatten, wenn auch die Schmerzen absolut real waren. Hmong mit ‹Schmerzzuständen im ganzen Körper› gehörten zu den unbeliebtesten Patienten im Ärztehaus, weil man so wenig für sie tun konnte und es so bedrückend war, sie um sich zu haben. Um zu zeigen, dass sie die Beschwerden ernst nahmen, verschrieben manche Ärzte ein Mittel, das sie ‹den Hmong-Cocktail› nannten – Trimethoprim (einen Entzündungshemmer), Amitriptylin (ein Antidepressivum) und Vitamin B12. Doch dadurch verbesserte sich der Zustand der Patienten in der Regel nicht» (Fadiman 2000: 81). Eindrücklich legt dieses Zitat Zeugnis ab von der Unfähigkeit vieler Medizinalpersonen, gerade auch im Migrationskontext die PatientInnenperspektive zu erfassen und eine für beide Seiten akzeptable Behandlung auszuhandeln.

Aus der hiesigen Praxis im Gesundheitsbereich kennen wir ähnliche Haltungen gegenüber MigrantInnen mit Schmerzen, welche in Bezeichnungen wie «Mamma-Mia-Syndrom», «Morbus Bosporus», «türkische Kopfschmerzen» und in anderen «Diagnosen» resultieren, die MigrantInnen stigmatisieren und abwerten. Der Schmerzausdruck, das Schmerzverhalten, aber auch der körperliche Ausdruck von aus unserer Sicht psychischen Problemen («Somatisierung») stossen hierzulande immer wieder auf Ablehnung und Unverständnis. Dies kann dazu führen, dass Schmerzen bei MigrantInnen nicht ernst genommen bzw. in den psychischen Bereich abgeschoben werden. Oder aber, dass keine adäquaten Therapieangebote bestehen, welche auch auf eine eher soziozentrierte und körperorientierte Verortung von Problemen eingehen und darauf angepasst reagieren können: «Westliche Therapeuten haben gelernt, Probleme psychologisch zu deuten und zu bearbeiten. So unterschiedlich die Methoden im einzelnen auch sein mögen, so beruhen doch alle darauf, dass über Gefühle und Probleme gesprochen wird. Der verbale und direkte Ausdruck von Gefühlen wird geschätzt und als Zeichen von Introspektionsfähigkeit (und Intelligenz) gewertet» (Petersen 1995: 532-533).



Empathie heisst der Schlüssel zur erfolgreichen Behandlung.

Erst zuhören, dann behandeln

Die Wichtigkeit eines Hintergrundwissens über Bedeutungszusammenhänge, wie z.B. über spezifische Gesundheits- und Krankheitskonzepte oder über unterschiedliche Gesundheitssysteme, soll also nicht in Frage gestellt werden. Doch muss dabei berücksichtigt werden, dass solche Hintergründe nicht bestimmten «Kulturen» zuzuordnen sind, sondern meist mit dem Übergang von so genannten traditionell organisierten, mehrheitlich sozio- oder familienzentrierten hin zu industrialisierten, eher individuumzentrierten Gesellschaften und städtischen Lebensformen in Zusammenhang stehen. Zudem entstehen durch die Migration Übergangsformen, Abwandlungen und Neuformierungen lebensweltlicher Prägungen, so dass Hintergrundwissen letztlich nur auf die Spur führen, die Geschichten der MigrantInnen über ihre Migrationserfahrungen und über ihre durch die Migration gewandelten Konzepte jedoch nicht ersetzen kann. Erst wenn Fachpersonen also (zu)hören, was PatientInnen ihnen zu erzählen haben, innerhalb welcher Bedeutungssysteme sich ihre Geschichten strukturieren und welche individuellen Erklärungsmodelle (Kleinmann 1980, vgl. dazu a. Domenig 1999a) sie sich in Bezug auf ihr Problem zurechtgelegt haben, sind Fachpersonen imstande, Situationen angemessen zu beurteilen und den Bedürfnissen und dem Kontext entsprechend transkulturell kompetent zu intervenieren (vgl. dazu a. Domenig 2001a und Domenig et al. 2001b). Doch damit KlientInnen sich gegenüber Ärzten und Ärztinnen, Pflegepersonen und anderen behandelnden Personen auch öffnen, sollten sie diesen ihr Interesse an ihren Geschichten auf eine empathische Art und Weise auch kundtun. Empathie als die Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen, auf andere respektvoll zuzugehen und sich ihnen neugierig und interessiert zuzuwenden, erleichtert es MigrantInnen, ihnen ihre Geschichten überhaupt zu erzählen.

Dagmar Domenig ist Leiterin Bildung und Gesundheitsförderung im Zentrum für Migration und Gesundheit des Schweizerischen Roten Kreuzes, Bern. Kontakt: dagmar.domenig@redcross.ch

Literatur

Domenig, D.: Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege, Bern, Verlag Hans Huber: 2001a: 139-158.

Domenig, D., Stauffer, Y.: Transkulturelle Pflegeanamnese. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege, Bern, Verlag Hans Huber: 2001b: 227-235.

Domenig, D.: Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz, Bern, Verlag Hans Huber: 2001c.

Domenig, D.: Die Vermittlung der transkulturellen Pflege im klinischen Kontext: Eine Gratwanderung. In: Pflege 1999a, 12: 362-366.

Domenig, D.: Hoher Bluthochdruck? Ein Schönheitsfehler … Interviews mit HypertonikerInnen. Eine medizinethnologische Studie, Bern, Verlag Soziothek: 1999b.

Fadiman, A.: Der Geist packt dich und du stürzt zu Boden. Ein Hmong-Kind, seine westlichen Ärzte und der Zusammenprall zweier Kulturen, Berlin, Berlin Verlag: 2000.

Geertz, C.: Welt in Stücken. Kultur und Politik am Ende des 20. Jahrhunderts, Wien, Passagen Verlag: 1996.

Glick Schiller, N., Basch, L., Blanc-Szanton, C. (eds.): Towards a transnational perspective on migration: race, class, ethnicity, and nationalism reconsidered. New York, The New York Academy of Sciences: 1992.

Kleinman, A.: Patients and Healers in the Context of Culture, Berkeley, University of California Press: 1980.

Petersen, A.: Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. In: Curare, 18, 2, 1995: 531-540.

Stalker, P.: The Work of Strangers: A Survey of International Labour Migration, Geneva, International Labour Office: 1994.

Tylor, E. B.: Primitive Culture, London, J. Murray: 1871.

Von der Kunst, mit Kunstfehlern umzugehen

Fehler sind Bestandteil des menschlichen Daseins. Auch im medizinischen Alltag lassen sie sich nicht vermeiden. Entscheidend für die Patientensicherheit ist ein konstruktiver Umgang mit fehlerhaftem Verhalten. Denn nur bekannte Fehlerquellen können trockengelegt werden.

Chandon Chattopadhyay, Oberarzt am Institute of Child Health in Kalkutta

Weltweit tauchen regelmässig Schlagzeilen über Behandlungsfehler in den Zeitungen auf, und die Schweiz bildet da keine Ausnahme. Nur selten findet man jedoch auf wissenschaftlichen Daten basierende Berichte über Wahrscheinlichkeit und Ursache von Fehlern. Zweifellos entsteht bei den Leserinnen und Lesern daher das Gefühl, dass sich Behandlungsfehler mehren. Dabei stellt sich natürlich die Frage, ob dies der Wirklichkeit entspricht. Hat die immer komplizierter werdende Medizin tatsächlich eine wachsende Fehlerquote zur Folge? Oder ist es so, dass die Medizin zunehmend als Geschäft verstanden wird und die Patienten wissen möchten, ob sie jene Dienstleistung erhalten, für die sie bezahlen? Behandlungsfehler sind natürlich kein neues Phänomen. Sie sind und waren Teil der medizinischen Berufsausübung, wie sie auch Teil des Alltags sind. Bei nüchterner Betrachtung muss eingestanden werden, dass medizinische Entscheidungen, Abklärungen und Behandlungen nie perfektes Niveau erreichen können und früher oder später immer wieder Fehler auftreten. Es stellt sich daher vielmehr die Frage, wie man mit diesem Problem umgeht, ob man die Fehler zu erklären, zu entschädigen oder halt eben zu vertuschen sucht.

Kaum verlässliche Daten

Wie oft medizinische Fehler vorkommen, weiss man nicht genau, denn bis heute wurden nur wenige Versuche unternommen, die Fehlerquote einzuschätzen. In einer englischen Pilotstudie versuchten Vincent et al. (1), die Zahl der Behandlungsfehler zu quantifizieren, und analysierten hierfür 1000 Krankengeschichten. Sie kamen auf eine Fehlerquote von 11,7 Prozent. Augenscheinlich ein hoher Prozentsatz – aber was heisst das konkret für die Betroffenen? Für eine Mutter, deren Kind infolge eines medizinischen Fehlers gesundheitlich geschädigt wird, ist es ein schwacher Trost zu wissen, dass das Risiko eines schweren Behandlungsfehlers 1 zu 1000 war, da sie die Folgen für ihr Kind ja eins zu eins erlebt. Entsprechend wichtig ist es, dass wir uns bessere Kenntnisse über Fehler aneignen. Und das Know-how entwickeln, wie mit ihnen im medizinischen Alltag umzugehen ist. Hierzu gibt es nur sehr wenige zuverlässige Studien. Die Harvard Medical Practice Studie (2) zeigt eine Fehlerquote von 3,7 Prozent bei Hospitalisationen, währenddessen die «Quality in Australia Health Care Study» (3) eine Quote von 16,6 Prozent ans Tageslicht brachte. Studien in Colorado und Utah ergaben Quoten zwischen den zwei vorhin genannten. Das National Centre for Health Statistics in den USA schätzt die durch Behandlungsfehler verursachten Todesfälle auf 4500 bis 9800 pro Jahr; mindestens zehnmal mehr Patienten erleiden gesundheitliche Schäden. Als Schlussfolgerung und mit Verweis auf diese Daten könnte man mit Fug und Recht behaupten, dass das Gesundheitswesen nicht

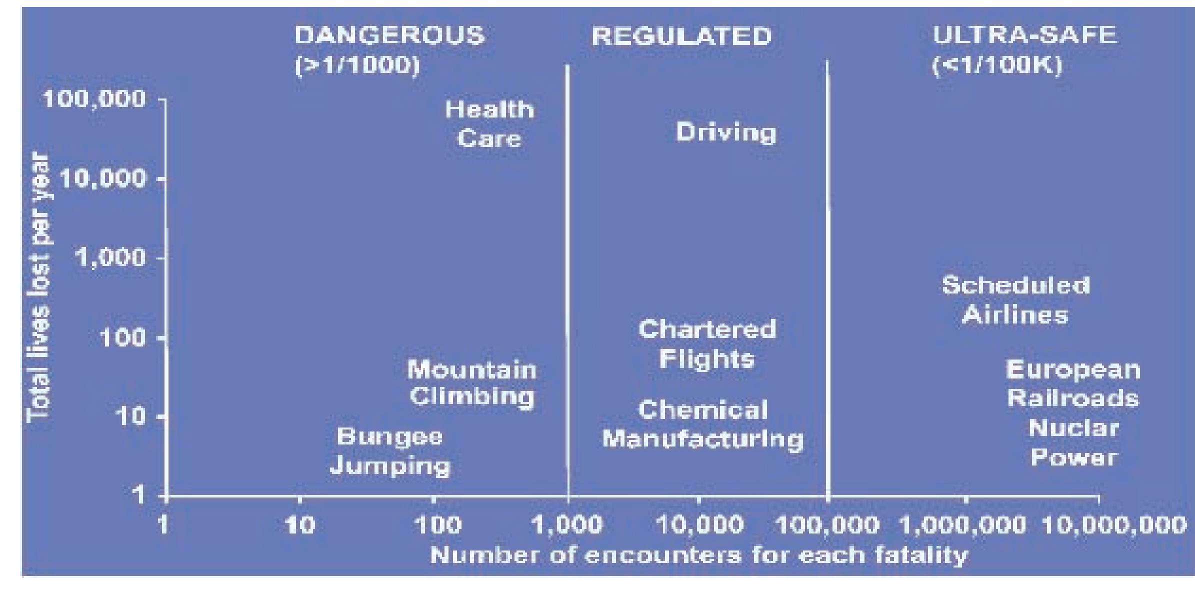


Abb. 1: Einteilung der Risikoklassen.

sicher ist! Nichtsdestotrotz darf angenommen werden, dass die Situation weit schlimmer wäre, wäre das Personal im Gesundheitswesen nicht ausserordentlich gewissenhaft.

Wie gross ist das Risiko eines Behandlungsfehlers? Abbildung 1 gibt uns eine Vorstellung, zu welcher Risikoklasse das Gesundheitswesen gehört. Um ein bestimmtes «risk behaviour» (Risikoverhalten) zu bestimmen, wird die Zahl der Einsätze, bis es zu einem tödlichen Vorfall kommt, ins Verhältnis gesetzt mit der Gesamtzahl Leben, die jedes Jahr wegen dieses Risikoverhaltens verloren gehen. Anhand dieser grafischen Darstellung kann ein erster Eindruck von der Bedeutung eines spezifischen Risikos gegeben werden. Eisenbahnen oder Flugzeugen wird ein minimales tödliches Unfallrisiko zugeordnet, währenddessen Autofahrer normalerweise wissen, dass Unfälle jederzeit geschehen können. Die Gesundheitsversorgung weist ein vergleichsweise hohes Risiko aus. Dieses Ergebnis zeigt, wie gross das Problem der Patientensicherheit in Wirklichkeit ist.

Offener Umgang mit Fehlern

Es fragt sich nun, wie Behandlungsfehler minimiert werden können und auf welche Weise Risikomanagement betrieben werden soll. Ein Problem bei der Einschätzung der Häufigkeit von Fehlern ist, dass sich das Fachpersonal in der Regel gegenseitig die Schuld zuweist. Daher ist es schwierig, die Leute zu überzeugen, Fehler zu melden. Manche Fehler verursachen keinen Schaden. Diese bekannt zu machen ist jedoch genauso wichtig wie jene zu registrieren, die Folgen haben. Sie weisen auf das zeitweilige Versagen eines Systems hin oder sind Zeichen einer falschen Entscheidung. Wenn man aus Fehlern lernen möchte, muss man sie kennen. Nur so kann man sie künftig vermeiden. Dies setzt eine Änderung der Betriebskultur voraus, die Fehler als unausweichlichen Betandteil menschlichen Handelns anerkennt. Gefordert ist ein feinfühliger Umgang mit der Fachperson, die Bericht erstattet. Bestrafung kann das fehlbare Verhalten nicht mehr ändern, aber Patienten können künftig vor den Folgen fehlerhaften Handelns geschützt werden. Offenheit gegenüber der Problematik der Behandlungsfehler generell sowie das Vermeiden von Bestrafung und Schuldzuweisung sind die wichtigsten Ansatzpunkte für einen erfolgreichen Weg.

Noch vor wenigen Jahren beschränkte sich die Philosophie der Fehlervermeidung in der Medizin darauf, das Personal auf Perfektion zu drillen. Man nahm an, dass primär Nachlässigkeit die Ursache von Fehlern sei, und dies führte dementsprechend zu Schuldzuweisungen. Doch heutzutage setzt sich sogar im Gesundheitssektor die Erkenntnis langsam durch, dass Fehler wesentlich häufiger durch schlecht funktionierende Systeme verursacht werden als durch inkompetentes Personal. Je komplexer eine medizinische Behandlung oder Diagnostik ist, desto anfälliger ist sie für mögliche Fehler. Eine einfache Wahrscheinlichkeitsrechnung für einen Behandlungserfolg zeigt Abbildung 2 auf. Wenn zum Beispiel eine Behandlung aus 100 Elementen besteht (Diagnostik, therapeu-

Résumé

Comment limiter le taux d'erreurs

L'erreur est une propriété typique de l'activité humaine et fait donc aussi partie de l'exercice professionnel quotidien du médecin. La question est de savoir comment on peut minorer les erreurs de traitement et de quelle manière la gestion du risque doit être pratiquée. Quand on s'occupe d'erreurs, surgit le problème qu'en règle générale, les professionnels se rejettent la faute. Il est alors difficile de convaincre les gens d'annoncer les erreurs, ce qui conduit à la difficulté de ne rien pouvoir apprendre des erreurs qu'on ne connaît pas. Il faut donc instituer un changement de culture dans l'établissement. Celui qui annonce une erreur ne devrait en souffrir aucun inconvénient. Il y a encore quelques années, la philosophie d'évitement des erreurs en médecine se limitait à driller le personnel pour la perfection. On admettait du même coup que la négligence était la cause première de l'erreur. Aujourd'hui, on appréhende mieux que l'erreur est beaucoup plus souvent due à un dysfonctionnement de système qu'à l'incompétence du personnel. Plus un traitement ou un diagnostic médical est complexe, plus il est susceptible de donner lieu à une erreur. Afin d'analyser les erreurs et améliorer la qualité de la prise en charge, les institutions médicales doivent être définies comme des systèmes intégraux. La plus grande partie des cas de sinistre sont en relation avec des erreurs pratiques lors d'interventions médicales, de procédures diagnostiques et d'administration de médicaments. Tous ces domaines sont accessibles à la prévention. Une meilleure formation est ici une condition importante pour la diminution du taux d'erreurs. Il ne sera jamais possible d'éviter complètement les erreurs. Mais on peut faire beaucoup pour les réduire et limiter ainsi les dommages.

Probability of Success, each Element

No. of Element	0.95	0.990	0.999	0.999999
1	0.95	0.990	0.999	0.9999
25	0.28	0.78	0.98	0.998
50	0.08	0.61	0.95	0.995
100	0.006	0.37	0.90	0.99

Abb. 2: Wahrscheinlichkeitsrechnung für einen Behandlungserfolg.

Probability of error

Probability of correct decision

Parents take the child to the house physician

0.05 | 0.95 | 0.95 | 0.05

House physician sends the child to hospital

0.05 | 0.95 | 0.90 | 0.10

Hospital doctor makes correct diagnosis

0.05 | 0.95 | 0.86 | 0.14

Doctor prescribes the right medication

0.05 | 0.95 | 0.81 | 0.19

Drugs are prescribed in the right dosage

0.05 | 0.95 | 0.77 | 0.23

The nurse applies the right drugs with the right dosage correctly

0.05 | 0.95

Error occurred, either harmful or harmless 0.26

Patient receives correct treatment 0.74

Abb. 3: The Role of Complexity, Probability of Performing Perfectly, Algorithm of Decisions in a Clinical Case
Clinical Example: Pneumonia – 2 years old boy, cough for 4 days, high fever with fatigue, beginning respiratory distress
Probability of deciding correctly: 0.95 (95%)

tische Behandlungen und Eingriffe etc.) und angenommen wird, dass jeder dieser Schritte zu 95 Prozent erfolgreich verläuft, so resultiert daraus, dass das Endresultat mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,6 Prozent fehlerfrei ist. Man müsste auf einem Qualitätsniveau von 99,9 Prozent in jedem Behandlungselement arbeiten, um eine perfekte Gesamtleistung mit einer 90-Prozent-Wahrscheinlichkeit zu erreichen. Es ist leicht zu erkennen, dass es für uns unmöglich ist, eine solch hohe Perfektionsstufe zu erreichen. Als illustrierendes Beispiel dient Abbildung 3, die die Wahrscheinlichkeit eines kleineren oder grösseren Fehlers bei der Behandlung einer Lungenentzündung illustriert.

Bessere Ausbildung als Prävention

Um Fehler zu analysieren und die Qualität der Therapie zu verbessern, müssen medizinische Institutionen wie Spitäler, private Praxen oder andere Gesundheitsversorger als ganzes System definiert werden, als eine Gruppe von Fachleuten und Fachstellen, die zusammenarbeiten, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen. Jedes System bestimmt durch seine Struktur wissentlich oder unwissentlich das Resultat eines Prozesses. Mit andern Worten: Die Qualität des Resultats ist abhängig von der Qualität des Systems. Strafen und Schuldzuweisungen sind

nicht nur keine Hilfe zur Problembewältigung, sie machen die Sache in der Regel nur noch schlimmer. Stattdessen muss man aus Fehlern lernen und das System, in dem sie vorgekommen sind, entsprechend adaptieren.

Wie lässt sich ein System verbessern, wenn ein Problem einmal erkannt und analysiert wurde? Es gibt dazu verschiedene Ansatzpunkte, einige davon seien hier kurz aufgezeigt: Zum Beispiel wird auf allen Hierarchiestufen eine klare Definition der Verantwortlichkeit benötigt. Müdigkeit wegen inadäquat langer Arbeitszeit kann ebenso Behandlungsfehler verursachen wie auch der Einsatz von unerfahrenem, wenig qualifiziertem Personal. Der grösste Teil der Schadensfälle ist auf praktische Fehler bei medizinischen Eingriffen, diagnostischen Verfahren und Medikamentabgaben zurückzuführen. Sie alle sind der Prävention zugänglich. Bessere Ausbildung ist dabei eine wichtige Voraussetzung zur Reduktion der Fehlerquote. Gut ausgebildetes Personal hat bessere technische Fähigkeiten und grössere Sicherheit bei chirurgischen oder medizinischen Interventionen. Bei der Medikamententherapie sind Fehler, bedingt durch pharmakologische Interaktionen und unkorrekte Dosierung, weit verbreitet. Hier kann eine computergestützte Software, die Dosierungen berechnet und Interaktionen überprüft, Abhilfe schaffen, abgesehen davon, dass sie sich auch als Lehrmittel eignet. Fehler in der Diagnostik können durch bessere Ausbildung reduziert werden wie auch durch den Gebrauch von Standardprotokollen und diagnostischen Algorithmen. Fehler werden nie ganz vermieden werden können. Man kann aber viel dazu tun, sie zu reduzieren und damit den Schaden in Grenzen zu halten. Wie Beispiele aus der Flugbranche oder der chemischen Industrie zeigen, kann ein aktives Fehlermanagement, unterstützt durch einen betriebsinternen permanenten Qualitätszirkel, sehr effektiv sein.

Es ist ein weiter Weg zur Patientensicherheit, wo Behandlungsqualität nicht nur eine Worthülse ist, sondern zum Schlüsselelement wird. Wenn Gesundheitsversorger und mithin auch Ärztinnen und Ärzte diesem schwierigen und sensiblen Thema offen und motiviert begegnen, können Verbesserungen sehr schnell möglich werden.

Ein herzliches Dankeschön geht an Frau Dr. Fabienne Schwab und Frau Gertrud Dudle für die Mitarbeit und Hilfe bei der Überarbeitung des Artikels.

Referenzen

1. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in Bristol's hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001; 322:517-9.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Herbert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard medical practice study I. New Engl J Med 1991; 324:370-6.
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australia healthcare study. Med J Aust 1995; 163:458-71.
4. Thames EJ, Studdent JM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, William EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado in 1992. Med care 2001.
5. Jensen J, Chattopadhyay C et al. Patient Safety. Report of the Permanent Working Group of European Junior Doctors (PWG) 2002.

Les docteurs Rêves frappent toujours avant d'entrer

Lors de sa création en 1993, la Fondation Théodora s'est fixé pour objectif de soulager la souffrance d'enfants hospitalisés. Tout au long de ces dernières années, ce sont près d'un million de visites individuelles de docteur Rêves qui ont pu être offertes aux petits patients de 87 hôpitaux, grâce au talent de 124 docteurs Rêves. Découvrons cet univers mystérieux et magique.

Mavis Guinard

Dr. Toc Toc, Dr. Pati, Dr. Kiko, Dr. Zepi ont des blouses blanches mais également de gros nez rouges et le cœur sur la main. Ils ne viennent pas dans les services des hôpitaux pour palper, pincer ou faire des vaccins mais pour apporter des ballons, un peu de magie et de grands, grands sourires. Chaque semaine, les clowns envoyés par la Fondation Théodora visitent des enfants hospitalisés en Suisse et dans huit autres pays. Les Docteurs Clowns, ou plutôt les docteurs Rêves comme ils se nomment, essayent d'offrir à l'enfant un instant d'évasion, fait de rires, de couleurs, de musique et de magie. Un métier de professionnels. Un métier fascinant mais exigeant car les docteurs Rêves doivent se battre contre la réalité de l'hôpital, l'angoisse de la famille et la douleur de l'enfant.

Douleur et ennui

«C'est la règle. L'enfant doit les inviter à entrer,» dit André Poulie, qui avec son frère a créé la Fondation Théodora, il y a dix ans. «Le lit d'un enfant malade est son dernier refuge personnel dans le monde déboussolant de l'hôpital.»

André Poulie le connaît trop bien. Quand il avait neuf ans, un accident avec une tondeuse à gazon l'a catapulté dans cet univers – 14 opérations en trois ans. «Ce n'était pas seulement la douleur mais l'ennui. Une fois, avec un ami, nous avons réussi à voler des seringues. Elles faisaient de superbes pistolets à eau. On s'amusait beaucoup à se gicler, mais les infirmières les ont confisquées. Puis elles nous ont séparés et mis avec des adultes. J'attendais des heures que ma mère arrive, avec plein d'histoires ou de petites blagues à me raconter.»

La Fondation Théodora a été créée en mémoire de la mère d'André et de Jan, Théodora, décédée des suites d'un cancer à 62 ans mais qui, d'après ses fils, «a gardé jusqu'à la fin un esprit battant et arrivait à trouver des petits moments de joie avec nous.»

Le rire aide à guérir

«Nous savons que le rire contribue à la guérison. J'avais entendu parler des docteurs clowns aux Etats-Unis, et j'ai décidé que nous devions faire quelque chose de semblable en Suisse,» dit cet ancien cadre de marketing qui avait beaucoup voyagé. «C'était en 1993. Je m'étais attendu à beaucoup de réticence, mais tout s'est mis en place relativement facilement dès le début.»

Le regretté professeur Daniel Beck, alors chef de l'unité d'oncologie pédiatrique du CHUV, l'Hôpital Cantonal Universitaire Vaudois à Lausanne, s'est montré chaleureux et encourageant. Un clown professionnel, Eric Mathyer, a simplement dit «C'est formidable, allons de l'avant!», et des infirmières enthousiastes lui ont appris à travailler selon les normes hospitalières. Il est devenu le Dr. Panosse.

«Ça n'a pris que 3 mois. Avec 50 000 francs suisses que mon frère Jan et moi avons offerts, la Fondation Théodora fut créée. En avaient-ils discuté avec leur mère? André Poulie se met à rire. «Jamais, elle se serait inquiétée comme toutes les mamans. Elle me voyait lancé dans une carrière internationale. Maintenant je travaille à temps complet sans compter une multitude d'heures supplémentaires pour Théodora.» Les capacités de management du souriant et dynamique André ont été un plus pour l'entreprise caritative. Au bureau central, son frère Jan, plus réservé, a des qualités d'écoute et d'analyse qui, autant que son esprit technique et d'organisation, complètent bien leur équipe. «Grâce à nos efforts conjoints, nous maintenons les coûts administratifs au plus bas. Nos sponsors suisses l'ont apprécié autant que notre projet simple et efficace.»

Lorsque Théodora s'est étendu à d'autres pays, UBS, leur partenaire en Suisse depuis 1995, a décidé de devenir leur partenaire global en 1999. Aujourd'hui,

grâce à ses donateurs, la Fondation Théodora peut offrir une visite gratuite par semaine de 124 docteurs Rêves dans 87 hôpitaux, dans presque chaque canton suisse, ainsi qu'en Grande-Bretagne, France, Espagne, Italie, Turquie, Afrique du Sud, Chine (Hong Kong) et Biélorussie. Les docteurs Rêves de Théodora visitent plus de 200 000 enfants malades chaque année.

Soigneusement choisis et formés

Dr. Toc-Toc – alias Thierry Jacquier qui fait partie du comité artistique – souligne que «Le plus important est l'échange avec l'enfant. Avant tout, nous recherchons des clowns, des magiciens ou des acteurs qui aiment et sont capables de travailler avec les enfants.»

Je suis allée à Gstaad pour rencontrer les docteurs Rêves.

Chaque été, la Fondation réunit les docteurs Rêves des quatre coins du monde sur le campus du Rosey, l'ancienne école de Jan et André Poulie. C'est une série de chalets anciens éparpillés sur une colline. Devant le décor de carte postale des Alpes et au son des cloches de vaches, les artistes partagent quatre jours intenses d'ateliers pratiques de psychologie, de mime, peaufinent leur personnage, échangent expériences ou tours de magie. Formation continue certes mais, surtout, une réunion stimulante où les 23 personnes de l'équipe administrative de Théodora et plusieurs bénévoles se dépensent sans compter.

Plusieurs docteurs Rêves m'expliquent que ce nouveau métier leur a permis de conjuguer des talents très divers.

«Je jonglais pour animer des fêtes d'enfants, mais auparavant j'avais été maîtresse d'école primaire,» dit Dr. Zepi qui travaille à Madrid. «J'ai saisi au vol la chance de devenir un docteur Rêve. C'était un peu ce que je faisais avant mais avec une raison d'être en plus.»

Sophie hoche la tête. «Comme actrice, j'enseigne le théâtre à des tout-petits, des pré-scolaires, le travail dans les hôpitaux a enrichi ma compréhension des enfants.»

Comment se passe une visite?

D'habitude, les docteurs Rêves entrent doucement, attentifs à la peur d'un petit devant un visage inconnu, à sa souffrance ou son état de fatigue.

«Des fois, je fais le timide. Je recule, je frappe une seconde fois avant d'entrer,» dit Patrick, qui met en scène des pantomimes à Londres.

Maya, qui a longtemps travaillé dans des cirques suisses, évoque «sa» technique. «Parfois je souffle simplement quelques bulles de savon dans la direction du lit.» Quant à Sophie, dont les yeux magnifiques sont soulignés de kohl, elle dit doucement, «Si l'enfant ne veut pas me parler, j'improvise. Je bavarde avec le nounours qu'il serre dans ses bras. Il y a tant de façons de communiquer.»



Les docteurs Rêves conjuguent des talents très divers.

Sentir l'atmosphère

«Nous nous adaptons à chaque enfant. Nous essayons de comprendre la situation. Chacun est différent. L'enfant à l'hôpital vit des émotions contradictoires,» dit Thierry Jacquier. «On apprend à ne plus être là pour montrer ce qu'on sait faire. Les clowns sont là pour l'enfant. Ils doivent apprendre à taire leurs sentiments, les exprimer avec légèreté, les transformer en un moment coloré et drôle.» Thierry Jacquier, acteur formé chez le mime Amiel, décrit son travail comme 75% création, 25% transpiration.

«On est seul sur scène, et ça dure 3 ou 4 heures. On transpire à grosses gouttes. Pas juste à faire le clown mais pour gagner un sourire.» Tous sont d'accord que leur véritable récompense est d'entendre une maman dire que «son enfant a souri pour la première fois.»

Pour obtenir ce sourire, les docteurs Rêves font un tour de magie, jouent un peu de musique. Ils font semblant de faire un examen médical mais avec des jumelles plutôt qu'avec un stéthoscope ou bien ils feront atterrir un papillon en papier sur un pansement. «On imite et on se moque des choses sérieuses. Nous ne sommes pas menaçants mais drôles,» explique le clown anglais, Dr. Mattie, tout occupé à nouer un ballon pour en faire une petite tortue.

«Il n'y a aucune règle. Dans une chambre, nous ferons de l'enfant un cameraman qui filme ses parents et l'infirmière. Dans une autre chambre, l'enfant a besoin de tranquillité, nous lui chantons une berceuse. Dans la prochaine, un petit qui nous connaît déjà nous demandera un peu de magie, un truc que nous avons fait souvent, un petit rite pour le consoler,» explique Thierry.

Ces techniques, les clowns les apprennent

La formation de docteurs Rêves dure généralement six mois. Les 80 heures de



Donner un moment de bonheur à l'enfant.

cours se divisent en 4 ou 5 jours de cours intensifs, avec la participation de l'école de soins infirmiers de Lausanne, La Source, une institution qui a été leur partenaire depuis 1997. Corinne Ghaber – enseignante spécialisée dans les soins pédiatriques – dit qu'elle a été enchantée par l'idée de former des docteurs Rêves. «Ils apportent un peu de fantaisie et de rire à l'étage. Mais ce n'est pas tout, ils ont du temps à donner aux enfants, le temps de les écouter, le temps que des infirmières débordées ne peuvent pas toujours trouver.»

Dans le monde stérile de l'hôpital, les docteurs Rêves doivent apprendre bien plus que les principes d'hygiène et de se laver longuement les mains. Ils doivent acquérir des notions de psychologie enfantine, apprendre à ne pas déranger la routine des soins, à jouer dans un espace restreint ou dans des salles d'isolation, à distinguer si un «bip» est normal ou un alarme. Corinne Ghaber ajoute: «J'insiste qu'ils doivent être conscients de leurs limites et toujours demander à l'infirmière pour éviter des erreurs, même pavées de bonnes intentions.» Maya, ancienne infirmière en pédiatrie, dit «C'était difficile au début, si un enfant se mettait à vomir, je me précipitais pour l'aider, mais j'ai appris que ce n'est plus ma responsabilité. Maintenant j'appelle quelqu'un à la rescousse. Moi, je suis là pour donner un moment de bonheur à l'enfant.» Dr. Pati dit «parfois nos trucs les plus bêtes permettent à un enfant malade de se détendre. Moi, je fais disparaître une petite balle, puis deux réapparaissent. Les enfants ne s'en lassent jamais parce qu'ils doivent saisir la balle magique et faire un vœu.»

Pendant les 6 mois, les apprentis accompagnent un docteur Rêve qualifié dans ses tournées. Thierry Jacquier précise: «C'est là que parfois ils nous demandent, ou nous leur demandons, de suivre un peu plus de formation».

Créer leur personnage

A la fin de leur formation, les docteurs Rêves doivent créer leur propre personnage et trouver leur nom de docteur Rêves. Ils personnalisent aussi leur blouses blanches qui portent le logo de Théodora.

«C'est la première impression, leur carte de visite en somme. Ils m'envoient des dessins parfois très élaborés de ce qu'ils veulent et je prépare des tenues à leur goût,» dit Lydia Pfister, la costumière. A Gstaad, elle est devenue petite main, terminant une blouse à la dernière minute. Sa machine pique à toute allure des fronces de tulle rose sur une blouse blanche. «Un clown me demandera des cœurs et encore des cœurs. Un autre voudra une tête de chat en appliqué ou bien beaucoup de poches pour cacher tous les accessoires.»

Devant l'atelier de couture improvisé, grimés et costumés, les docteurs Rêves s'alignent pour la photo de «famille». Un rite annuel. Quatre-vingt clowns du monde entier. Hilares et chahutant «comme des clowns». Perchée sur une fenêtre au troisième étage du chalet, essayant de cadrer le groupe qui se bouscule, la photographe, Magali Koenig, implore: «Allons, soyez sérieux, le soleil va se coucher …» Après la prise de vue, les clowns ne peuvent résister à entonner une sérénade: «Magali, Magali, O Magali!», chantée en une douzaine d'accents différents.

Clowns d'ailleurs

«En dix ans d'existence, Théodora s'est tellement étendu que ses clowns parlent anglais, français, allemand, espagnol, italien, turc, chinois et russe», commente André Poulie. Lui est né aux Pays-Bas, a étudié dans un pensionnat avec des

ZUSAMMENFASSUNG

WENN DER TRAUMDOKTOR AN DIE TÜRE KLOPFT

Seit 1993 versucht die Stiftung Théodora Kindern in der Schweiz und acht weiteren Staaten den Spitalaufenthalt zu erleichtern. Der Gründer André Poulie kennt die Probleme kleiner Patienten aus eigener Erfahrung. Mit neun Jahren erlitt er einen Unfall und musste sich in den drei darauf folgenden Jahren vierzehn Operationen unterziehen. Neben den Schmerzen litt er vor allem unter der Langeweile. 1993 rief Poulie – inspiriert von den amerikanischen Clown-Doktoren – Théodora ins Leben. Heute besuchen die «Traumdoktoren» von Théodora fast in allen Kantonen kranke Kinder – kostenlos. Schauspielerinnen, Pantomimen, Zauberer und Clowns werden für ihre spezielle Aufgabe ausgebildet. Die Situation der Kinder und der Eltern erfordert besonderes Fingerspitzengefühl. So klopfen die Traumdoktoren immer an, bevor sie ein Zimmer betreten. Nicht alle Kinder haben Freude an den ungewöhnlichen Besuchern. Manchmal müssen sich die Clowns damit begnügen, ein paar Seifenblasen über einem Bett schweben zu lassen, oder ganz einfach den Rückzug antreten. Zur sechsmonatigen Ausbildung gehört nicht nur der Umgang mit kranken Kindern, sondern auch eine Einführung in den Spitalalltag. Die Traumdoktoren müssen den Hygienevorschriften gerecht werden, sich in Isolations- oder Intensivstationen zurechtfinden oder einen Alarm vom üblichen Piepsen eines Geräts unterscheiden können. Und sie müssen lernen, mit dem Tod eines ihnen lieb gewordenen Kindes fertig zu werden. Vor allem in Weissrussland, wo die Katastrophe von Tschernobyl noch immer Spuren hinterlässt, und in Südafrika, wo Aids unter Kindern grassiert, ist dies die schwerste Aufgabe.

camarades de 42 pays et continué ses études universitaires en Californie. Un réseau de contacts amicaux qui a aidé la Fondation à grandir.

RIRE ET LARMES

Il y a eu des extensions inattendues. Après le désastre de Tchernobyl, le professeur Beck, qui les avait tant encouragés au début, s'est rendu en Biélorussie pour soigner des enfants irradiés. Là-bas, il a parlé des clowns. Aujourd'hui deux Andreis et une Anja, venant des écoles de théâtre de Minsk et de Moscou, sont devenus des docteurs Rêves de Théodora. Leur travail est particulièrement difficile. Anja déclare avec passion: «Je ne peux jamais m'y habituer. Je vois des enfants que je croyais guéris revenir à l'hôpital comme ados. L'une est une fille superbe avec de longs cheveux blonds. Mon cœur se brise, mais en tant que «docteur Nioucha», je dois continuer.»

Car le plus dur pour les docteurs Rêves est de confronter la mort d'enfants qu'ils aiment. «Malgré les conseils que nous donnent les psychiatres, c'est difficile d'y faire face. La première année, je revenais à la maison avec un sentiment de colère, me demandant comment les parents pouvaient vivre ça. Mais maintenant, quand je rentre à la maison, je pleure. Je sais qu'après les pleurs, la nuit me permettra de tout évacuer. Je pourrais retourner à l'hôpital et continuer,» dit Sophie.

Et, à cause des larmes, chaque occasion de rire devient précieuse. En Afrique du Sud, où tant d'enfants meurent du Sida avant 7 ans, Dr Jay Jay dit: «Nos gosses sont fantastiques. Ils souffrent mais ils veulent s'amuser. Ils aiment le contact physique. A Soweto ou Johannesbourg, je les fais danser et danser tout autour de la chambre sur mes grosses chaussures de clown.» Rodrigo est un artiste travaillant pour la Fondation en Italie et pense que «le plus important est de travailler avec ce reste de santé de l'enfant, le préserver, le choyer. J'ai vu des enfants lutter si fort pour vivre …»

En fêtant le dixième anniversaire de la Fondation Théodora cette année, André et Jan Poulie peuvent sourire.
«Les docteurs Rêves n'ont pas de frontières.»

Vous pouvez aussi contribuer.
Avec 20 CHF, vous offrez déjà à un enfant hospitalisé la visite individuelle d'un docteur Rêves

Théodora est soutenue par des dons
CCP 10-61645-5

Fondation Théodora
1, chemin des Mouettes
CH-1027 Lonay
Tél.: 021 811 51 91
Fax: 021 811 51 90
www.theodora.org

AUS FEHLERN LERNEN

Fehler gehören zum Arbeitsalltag. Viele ereignen sich jedoch nicht schicksalhaft, sondern wären vermeidbar. Das computerbasierte anonyme Critical Incident Reporting (CIRS) soll helfen, Fehlerquellen sichtbar zu machen und zur Etablierung einer Sicherheitskultur beizutragen.

Mark Kaufmann, Dep. Anästhesie, KBS Unikliniken Basel, Sven Staender, Abt. Anästhesie, Spital Männedorf

Patientensicherheit ist seit vielen Jahren ein zentrales Anliegen im Anästhesiebereich. Es ist auch der Anästhesiebereich, der während der letzten Jahrzehnte eine bemerkenswerte Verbesserung im Sicherheitsbereich erreichen konnte: Während die anästhesieassoziierte Mortalität in den 70er Jahren noch 1:5000 betrug, liegt sie heute bei unter 1:200 000. Leider kann ein solcher Fortschritt in anderen Bereichen der Medizin nicht beobachtet werden. Mehr als 10 Prozent der Patienten werden während des Spitalaufenthalts Opfer eines Zwischenfalles (Adverse Events). Patientensicherheit wurde zwar in den letzten Jahren ein wichtiges Thema, als sichtbar wurde, dass viele Patienten im Rahmen der routinemässigen medizinischen Betreuung unbeabsichtigt zu Schaden kommen. Daten aus verschiedenen Ländern deuten darauf hin, dass, obwohl die Mehrzahl dieser so genannten Adverse Events ohne bleibende Konsequenzen sind, bei ungefähr 1 Prozent der Patienten mit relevanten Schäden (bis hin zum Tode) zu rechnen ist. Von Bedeutung ist, dass beinahe die Hälfte dieser Adverse Events meist auf der Basis von kritischen Ereignissen (Critical Incidents) grundsätzlich vermeidbar wäre. Bedenkt man, dass ein grösseres Spital mehr als 100 000 Patienten pro Jahr ambulant und stationär behandelt, wird sichtbar wie relevant dieses Problem in Tat und Wahrheit ist und welche Kostenfolgen (Verlängerung des Spitalaufenthalts, bleibende Morbidität, reduzierte Erwerbsfähigkeit, Haftpflicht und so weiter) für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft daraus resultieren.

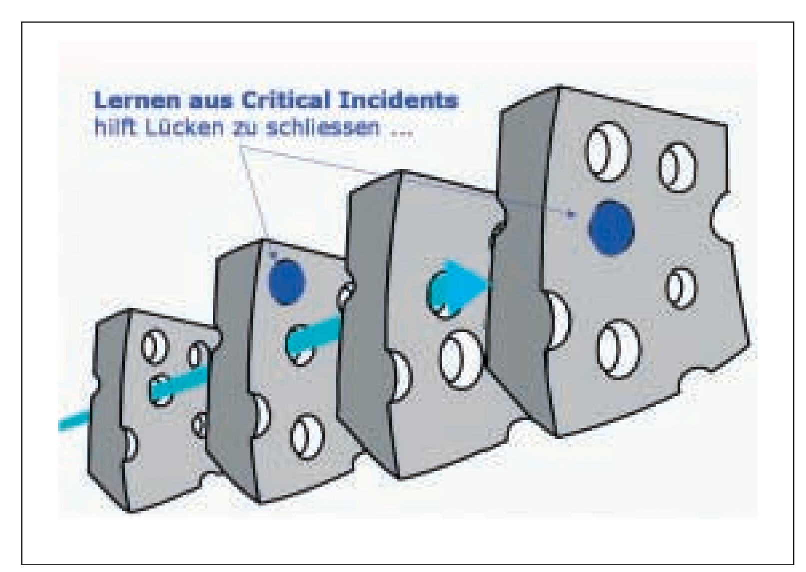
VON DEN FEHLERN ANDERER LERNEN

In der Vergangenheit wurde der Patientensicherheit als wesentliches Qualitätsmerkmal eines Behandlungsprozesses nicht die notwendige Beachtung geschenkt. Ein kritisches Element zur Erhöhung der Sicherheit ist die Schaffung einer Sicherheitskultur mit dem Effekt, dass Fehler identifiziert, Ursachen abgeklärt und darauf basierend Massnahmen zur künftigen Verhinderung dieser Fehler ergriffen werden. Erfahrungen aus verschiedenen Gebieten haben gezeigt, dass das systematische Erfassen von kritischen Ereignissen (Critical Incident Reporting) ein wichtiges Element einer solchen Sicherheits- und Lernkultur darstellt. Anonyme, freiwillige Meldesysteme haben im Gegensatz zu obligatorischen Meldesystemen das Potential, auf einer breiten Basis Systemschwächen und Fehler aufzuzeigen, bevor daraus gravierende Komplikationen entstehen. Solche einzelne Zwischenfälle werden nur allzu häufig als Fehlhandlung oder Versagen von Einzelnen dargestellt («human error»). Analysen von Critical Incidents wie auch Erfahrungen aus der Fliegerei, der Nuklear- und Ölindustrie oder anderen komplexen Systemen haben aber deutlich gezeigt, dass solche Ereignisse fast immer multifaktoriell verursacht sind: Arbeitsbelastung, Kommunikations-, Ausbildungs- und Überwachungsprobleme, ungenügende Ressourcen, Teamfaktoren, inadäquate Umgebung und last but not least Patientenfaktoren sind meist entscheidend mitbeteiligt.

CRITICAL INCIDENT REPORTING

Unter kritischen Zwischenfällen im Allgemeinen versteht man Ereignisse oder Umstände, die einen negativen (oder positiven) Einfluss auf die Ziele eines Systems haben (können). In Bezug auf das Gesundheitswesen existieren viele verschiedene Definitionen. Wir verstehen darunter Ereignisse, die ohne Intervention zu einem unerwünschten Ausgang, das heisst einer physischen oder psychischen Beeinträchtigung eines Patienten, hätten führen können (oder trotz Intervention dazu geführt haben). Critical Incidents haben also primär einen verminderten «Margin of Safety»- und nicht einen Komplikations-, respektive Adverse-Event-Charakter.

Schwere Zwischenfälle und Komplikationen (Adverse Events) sind relativ selten. Es macht nur bedingt Sinn, die Systemsicherheit durch die akribische Analyse von solchen seltenen Einzelereignissen



Exaktes und wahrheitsgetreues Reporting erhöht die Sicherheit.

RÉSUMÉ

TRANSFORMER L'ERREUR EN UNE DYNAMIQUE PRODUCTIVE

En anesthésiologie, la sécurité du patient est depuis de nombreuses années un souci primordial. Grâce à cela on a pu, au cours des dernières décennies, réaliser de remarquables améliorations dans le domaine de la sécurité: tandis que dans les années 70, la mortalité associée à l'anesthésie était encore de 1:5 000, elle est aujourd'hui de moins de 1:200 000. Malheureusement, un tel progrès n'a pas encore pu être observé dans d'autres domaines de la médecine. Il y a toujours encore plus de 10% des patients qui sont victimes d'un incident (adverse event) durant leur séjour hospitalier. Bien que la plupart de ces «adverse events» soient sans conséquence permanente, il faut compter avec des dommages significatifs (y compris le décès) chez environ 1% des patients. Important: près de la moitié de ces «adverse events», pour la plupart basés sur des événements critiques (critical incidents), pourraient en principe être évités. Une culture de la sécurité constitue un instrument efficace pour la prévention de ces accidents. Elle devrait viser à intensifier et améliorer l'identification des erreurs et l'analyse de leurs causes et, basé sur cette démarche, faciliter les mesures aptes à prévenir la répétition de telles erreurs. Les expériences faites dans divers domaines d'activité ont montré que le recensement systématique des événements critiques (critical incident reporting) constitue un élément important d'une telle culture de sécurité et d'apprentissage. Les systèmes d'annonces anonymes et volontaires ont, contrairement aux systèmes d'annonce obligatoire, le potentiel de mettre en évidence des faiblesses de système ou des erreurs sur une large base, avant que ces faiblesses et erreurs n'aient entraîné de graves complications. Le problème est que seuls les événements qui ont été ancrés dans le conscient (réalisés et inscrits dans la mémoire) peuvent aboutir dans un tel système. Un reporting crédible et exact est la condition première essentielle. Dans le but de favoriser un reporting homogène des événements critiques dans le domaine des soins de santé, le «Safety Group patient péri-opératoire» des cliniques universitaires de Bâle, sur la base de ses nombreuses années d'expérience et en collaboration avec la FMH, le GSASA, l'Université de Bâle et les soignants, a défini l'architecture des données d'un système générique anonyme des incidents critiques. Cette base est rendue accessible à titre d'exemple et gratuitement mise à disposition des institutions et spécialités les plus diverses sous www.cirsmedical.org.

zu verbessern. Tagtäglich passieren jedoch bei der Arbeit im Gesundheitswesen Vorstufen zu Adverse Events, so genannte Critical Incidents (CI). Solche CI haben das Potential, unter bestimmten Umgebungsbedingungen zu einer Komplikation auszuufern. Durch die hohe Frequenz von CI im klinischen Alltag stellt deren Untersuchung eine viel grössere und fundiertere Basis für Bemühungen zur Erhöhung der Systemsicherheit dar. Solche Incidents decken kleine und grosse Sicherheitslücken im System auf, deren Schliessung zur Erhöhung der Gesamtsicherheit beiträgt. Die Critical-Incident-Technik zeichnet sich dadurch aus, dass durch das Sammeln von Informationen über kritische Zwischenfälle Erkenntnisse für Korrekturen («Schliessen von Sicherheitslücken») gewonnen werden können und damit künftige Fehler (Adverse Events) vermieden werden.

Nachteile von Critical Incident Reporting:

- Ein Problem liegt darin, dass nur Ereignisse, die bewusst realisiert und memoriert werden, in ein solches System eingehen können.
- Unabdingbare Voraussetzung ist ein exaktes und wahrheitsgetreues Reporting.
- Die CI-Technik betont Ereignisse, die eher selten sind, während sehr häufige, ‹banale› Ereignisse eher untergehen. Grundsätzlich ist das ‹Under-reporting› in denjenigen Umgebungen ein Problem, in denen diese Technik und das damit verbundene mind-set noch ungenügend im alltäglichen Arbeitsumfeld integriert werden konnten («Eisberg-Phänomen»).

UMSETZUNG DER TECHNIK

Um ein einheitliches Reporting von kritischen Ereignissen im Gesundheitswesen zu fördern, hat die Perioperative Patient Safety Group der Universitätskliniken Basel auf der Basis ihrer langjährigen Erfahrung in Zusammenarbeit mit FMH, GSASA, Uni Basel und Pflege den minimalen Datensatz eines generischen anonymen kritischen Incident Systems definiert. Unter **www.CIRSmedical.org** wird dieser Datensatz beispielhaft zugänglich gemacht und verschiedensten Institutionen und Fachdisziplinen zur Verfügung gestellt. Dieses viersprachige System zeichnet sich dadurch aus, dass es durch einen auf das Wesentliche reduzierten minimalen Datensatz die Compliance der Eingeber im Alltag erreicht und trotzdem eine hohe fach- und berufsgruppenspezifische Konfigurierbarkeit beibehält:

- **Reporter:** Neben der Berufsgruppe wird lediglich noch der Bezug des Berichterstatters zum Ereignis festgehalten.
- Die Angaben zum Patienten reduzieren sich auf das Alter des **Patienten** und die Versorgungsart (geplant vs. notfallmässig), falls überhaupt anwendbar.
- Das **Ereignis** wird detaillierter erfasst. Neben der Ereignisart werden Uhrzeit, Arbeitsbelastung des Verursachers, Ausbildung, Ereignisort, Berufsgruppe des Verursachers, Verantwortungsbereich und davon abhängig strukturiert spezifische Zusatzelemente festgehalten.

Einem ärztlichen Verursacher aus dem Fach Gynäkologie/Geburtshilfe werden beispielsweise zu den Themenbereichen Gynäkologie, Ambulatorium, OP/Anästhesie, Endokrinologie, Präpartalstation, Gebärsaal, Wochenbett, Station spezifische Items zur Auswahl angeboten. Einer Pflegeperson aus dem Anästhesiebereich werden andererseits zu den The-

menbereichen präklinische Notfallmedizin, Anästhesie perioperativ, Schmerzbehandlung, Intensivmedizin jeweils passende spezifische Charakterisierungselemente angeboten. Auf ähnliche Weise sind folgende Verantwortungsbereiche ebenfalls subklassiert: Allgemeinmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Pädiatrie, Psychiatrie, Diagnostikbereiche, Apotheke, andere (Administration, Betrieb und so weiter).

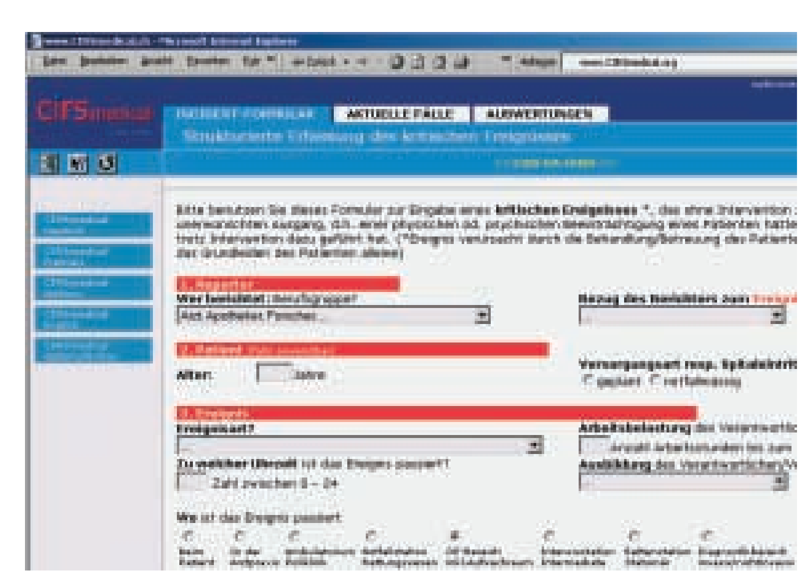
Weiter wird das Ereignis unstrukturiert beschrieben, und zwar als Fallbeschreibung bis hin zum Ereignis, ohne jene Details, die den Patienten oder den Reporter identifizieren könnten. In gleicher Weise wird getrennt davon Management und Konsequenzen der Situation (ab Eintreten des Ereignisses) beschrieben. Die Vermeidbarkeit des Ereignisses und der Outcome werden danach wieder strukturiert erfragt.

- Die Einschätzung des Ereignisses unterscheidet in der strukturierten Erfassung die Ursache (was hat zu diesem Zwischenfall geführt?) von der Bewältigungsstrategie (wichtigste/hilfreichste Punkte beim Management).

Datenschutz und Anonymität

Ereignisbeschreibung, Management und Outcomeaspekte der eingegebenen Incidents können von allen berechtigten Systembenützern eingesehen und anonym/elektronisch diskutiert werden. Unter dem Punkt Auswertung sind auch die anderen Datenelemente des Minimalen Datasets als relative Summenstatistik direkt visualisiert. Selbstverständlich haben die jeweiligen Betreiber eines lokalen oder regionalen CIRSmedical-Systems vollen Zugriff auf ihre Datenbank und können entsprechend selbständige Auswertungen vornehmen.

Das System wird interessierten Kreisen via www.CIRSmedical.org gratis zur Verfügung gestellt und soll dazu dienen, die Schwelle zur Einführung solcher Systeme zu senken. Es kann lokal, dezentral in Spitälern und auch übergreifend via Intranet in geschlossenen Benutzergruppen eingesetzt werden (z.B. SGAM). Verschiedene Aspekte (Herkunft der Daten, relativer Schutz gegen aussen)



Unter www.CIRSmedical.org kann das System abgerufen werden.

sprechen für die ersten beiden Einsatzformen. Breiter Zugang, rechtliche Aspekte und fachweite Abdeckung bei verbindlicheren Reporting-Absprachen sprechen eher für die dritte Variante, insbesondere da das System über den Minimalen Datensatz hinaus auch das Hinzufügen von weiteren spital- oder fachspezifischen Items erlaubt.

Die rechtliche Seite von CIRSmedical, sprich die Benutzbarkeit von CIRSmedical-Daten in Strafprozessen, ist nicht abschliessend geklärt. Grundsätzlich ist jedoch anzumerken, dass Art und Inhalt der gesammelten Daten eine Verwendung im konkreten Einzelfall praktisch verunmöglichen. Ein Bezug der anonymen Daten zum konkreten Patienten oder Verursacher ist in der Regel nur schwer herzustellen, ausser wenn eine ganz spezifische Ereignisbeschreibung in einem System mit eingeschränktem Benutzerkreis vorkommt. Dies wird verhindert, wenn CIRSmedical passwortgeschützt betrieben wird und ein definierter Moderator neue Incidents explizit freigibt (eingebaute Systemfunktionalität).

Abschliessende Wertung

Critical Incident Reporting kann das Lernen aus Fehlern nachhaltig unterstützen, indem es hilft, potentiell kritische Schwachstellen aufzuzeigen. Systemveränderungen, basierend auf Erkenntnissen aus einem Critical Incident System, führen zu einer proaktiven Erhöhung der Sicherheit. Das Betreiben eines solchen Systems führt implizit zu einer Veränderung der Fehlerkultur in dem Umfeld, in dem es betrieben wird. Eine einheitliche Beschreibung auf der Basis eines gleich strukturierten Minimalen Datensatzes lässt grundsätzlich eine fach- und berufsgruppenübergreifende Analyse von rapportierten Incidents zu. Bedingt durch das erhebliche «Underreporting» im klinischen Alltag, sind jedoch Erkenntnisse aus solchen künftigen Auswertungen mit grosser Vorsicht zu interpretieren. Der Hauptnutzen beim Betrieb von Critical Incident Systemen liegt sicher in der lokalen Beeinflussung der Fehlerkultur in dem Umfeld, in dem die von der jeweiligen Führung unterstützten Systeme betrieben werden.

Wenn frau operiert, hat man Bedenken

Ärztinnen sind keine geschlechtslosen Wesen, sondern werden in ihrem Berufsalltag mit denselben Geschlechterstereotypien konfrontiert wie im übrigen Leben. Einerseits sollen sie einfühlsamer sein als ihre Kollegen, anderseits traut man ihnen weniger zu. Und so landet frau schliesslich oft im Spannungsfeld zwischen unrealistischen Anforderungen und mangelndem Vertrauen.

Barbara Bass Freiner, Gynäkologin FMH, Oberärztin Maternité Inselhof Triemli, Co-Präsidentin der Vereinigung Schweizer Ärztinnen (VSÄ)
(Bild: Martin Guggisberg)

Worin unterscheidet sich der medizinische Alltag von Ärztinnen von demjenigen ihrer männlichen Kollegen? Gibt es überhaupt Unterschiede? Und wenn ja, was muss frau sich darunter vorstellen? Um es vorwegzunehmen: Ja, es gibt Unterschiede. Ob und wie diese Unterschiede zu Problemen werden können, möchte ich in der Folge aufzeigen. Ich werde auf drei mögliche Problemkreise näher eingehen: erstens auf die Erwartungshaltung von Patienten und Patientinnen, zweitens auf das Vertrauen in die fachliche Kompetenz der Ärztin, drittens auf das Problem der sexuellen Belästigung durch Patienten. Am Schluss des Artikels zeige ich mögliche Lösungsansätze auf.

Erwartungshaltung von Patientinnen

Frauen möchten sich gerne von Ärztinnen behandeln lassen. Eine Untersuchung der Vereinigung Schweizer Ärztinnen konnte aufzeigen, dass eine Mehrheit der antwortenden Frauen eine Ärztin wählen würde, falls sie räumlich in der Nähe praktiziert und in der gewünschten Spezialität tätig ist [5]. Im gleichen Fragebogen wurde nach den Erwartungen gefragt, die an eine Ärztin gestellt werden. Die wichtigsten Erwartungen betreffen Verständnis für frauenspezifische Probleme, Einfühlungsvermögen, fachliche Kompetenz und aufmerksame Zuwendung. Dies deckt sich mit anderen Untersuchungen, in denen Ärztinnen mehr Zeit für das Gespräch, mehr Empathie und mehr psychosoziale Kompetenz zugetraut wird [2, 3]. Und genau hier liegt die Crux: Frauen sind nicht automatisch einfühlsame und empathische Ärztinnen. Nicht jede Ärztin kümmert sich mit der gleichen Begeisterung um ihre Patientinnen, zeigt ihre Betroffenheit und ihr Interesse an den Anliegen der Patienten gleich engagiert.

Gerade Frauen, die sich bewusst für eine Ärztin entscheiden, werden am häufigsten enttäuscht. Ihrer hohen Erwartungshaltung konnte bislang nicht entsprochen werden [1]. Männer, die von Ärztinnen behandelt werden, sind hingegen sehr zufrieden [1]. Es gibt Hinweise, dass Ärztinnen ihren männlichen Patienten gegenüber anders auftreten, sie lächeln mehr und zeigen sich interessierter. Generell sind Männer und Frauen häufiger zufrieden, wenn sie eine gegengeschlechtliche ärztliche Fachperson gewählt haben, als solche, die sich von gleichgeschlechtlichen Fachpersonen behandeln lassen. Hier scheinen andere Erwartungen eine entscheidende Rolle zu spielen und die Tatsache, dass das eigene Geschlecht kritischer beurteilt wird. Wenn Frauen und Männer nicht wählen können, sondern zugeteilt werden, sind Männer mit Ärztinnen und Ärzten gleichermassen zufrieden [1], und Frauen sind zufriedener mit Ärztinnen [2].

Vertrauen in die fachliche Kompetenz von Frauen

Vertrauen ist ein entscheidender Faktor, um die Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen abzuschätzen, und hat einen grossen Einfluss auf deren Compliance [2]. Frauen haben eher mehr Vertrauen zu Ärztinnen als zu Ärzten [2, 7]. Aber in welche Fähigkeiten haben Patientinnen mehr Vertrauen? Im Bereich Prävention und Gesundheitsberatung sind Ärztinnen aktiver als ihre männlichen Kollegen. Ärztinnen verordnen mehr nichtinvasive Untersuchungen und sind zurückhaltender im Einsatz invasiver Techniken [3]. In diesem Bereich geniessen Ärztinnen auch das Vertrauen ihrer Patienten und Patientinnen. Wenn Ärztinnen aber selber invasiv, vor allem



Nicht das Geschlecht bestimmt, ob Patienten in guten Händen sind.

chirurgisch tätig sind, schwindet das Vertrauen. Nach wie vor trauen Patienten und Patientinnen Männern mehr chirurgisches Können und Talent zu als Frauen. Nicht selten kommt vor, dass eine Frau zur Gynäkologin zur Jahreskontrolle und zu allfälligen Abklärungen geht, sich dann aber lieber vom männlichen Kollegen operieren lässt, obwohl beide, Ärztin und Arzt, die gleiche Fachausbildung genossen haben. Ältere Patienten und Patientinnen sind eher mit diesen Vorurteilen behaftet.

In Spitälern kann es einer Ärztin auch immer wieder passieren, dass sie als Pflegefachfrau und nicht als ärztliche Fachperson wahrgenommen wird. Ärztinnen übernehmen häufiger als ihre männlichen Kollegen Tätigkeiten, die eigentlich in den Arbeitsbereich der Pflegefachleute gehören und grenzen sich zu wenig gegenüber Pflegefachfrauen ab. Von Seiten der Patienten und Patientinnen werden sie dadurch als kompetente Fachperson zu wenig ernst genommen [4].

Sexuelle Belästigung durch Patienten

Obwohl Ärztinnen gegenüber ihren Patienten in einer Machtposition sind, sind Fälle sexueller Belästigungen nicht selten [6]. Patienten begegnen Ärztinnen primär als Frauen und erst sekundär als Fachpersonen. Sexuelle Belästigungen treten gehäuft im Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenmissbrauch auf. Die Belästigungen umfassen am häufigsten suggestive Blickkontakte und sexuelle Bemerkungen und Gestik sowie Geschenke. Der Versuch einer Vergewaltigung oder gar Vergewaltigungen sind hingegen selten [6]. Als hilfreich wird in solchen Situationen die klare Deklaration als Fachperson durch Haltung und Kleidung empfunden.

Lösungsansätze

Die Erwartungshaltung Ärztinnen gegenüber ist vor allem von weiblichen Patientinnen sehr hoch. Wenn diese Erwartungen nicht bekannt und angesprochen werden, können sie in einer Enttäuschung enden [1]. Um solchen Enttäuschungen zuvorzukommen, besteht die Möglichkeit, die Erwartungen zu Beginn der Konsultation zu klären und damit Transparenz zu schaffen. Dies beinhaltet auch die Frage, welchen Erwartungen ich als Ärztin entsprechen kann und wo ich nicht zuständig bin oder mich nicht kompetent fühle.

Ein wichtiger Aspekt ist im Weiteren die zur Verfügung stehende Zeit. Viele Patienten und Patientinnen erwarten, dass eine Ärztin viel Zeit für ihre Anliegen hat. Ärztinnen nehmen sich auch häufiger mehr Zeit als Ärzte [3, 7]. Im Rahmen einer Institution kann dies jedoch als ineffiziente Arbeitsweise interpretiert werden, da dadurch weniger Patienten pro Zeiteinheit behandelt werden können oder die Ärztin sich unter Druck setzt. Dazu kommt, dass mehr Ärztinnen als Ärzte Teilzeit arbeiten und in dieser Zeit viele Patienten behandeln wollen und auch müssen. So baut sich ein weiterer Druck auf, der bei der Ärztin zu einem Burn-out und bei der Patientin zur Enttäuschung führen kann [1]. Dies bedeutet nicht, dass sich nur Ärztinnen für die psychosozialen Belange ihrer Patienten und Patientinnen zuständig fühlen. Im Gegenteil. Eine Frau, die sich zur Ärztin ausbildet, sollte sich aber im Klaren sein, dass an sie spezielle Erwartungen gestellt werden. Wenn sie sich für die psychosozialen Aspekte der Medizin interessiert, lohnt es sich, dass sie sich hier vermehrt ausbildet. Dies hilft insbesondere, neben der Verbesserung der verlangten Kompetenz, einem Burn-out vorzubeugen. Ge-

Résumé

Lorsqu'une femme opère, on a des doutes

Les femmes médecins ne sont pas asexuées. Dans leur quotidien professionnel, elles sont confrontées aux mêmes stéréotypes sexuels que dans leur vie non professionnelle. Une femme qui se forme pour devenir médecin devrait donc être consciente qu'elle fera l'objet d'attentes particulières. Les attentes à l'égard des femmes médecins sont avant tout très élevées de la part des patientes. Ces dernières espèrent en effet une meilleure compréhension de leurs problèmes spécifiquement féminins, beaucoup d'intuition, de compétence professionnelle et un appui attentif. Et c'est précisément là le problème: les femmes ne sont pas automatiquement intuitives et empathiques. Si la femme médecin ne repère pas ces attentes et ne peut y répondre à satisfaction, la désillusion peut s'installer. Pour prévenir de telles désillusions, il y a la possibilité de clarifier les attentes au début de la consultation et d'amener ainsi de la transparence. Dans le domaine de la prévention et des conseils de santé, les femmes médecins sont plus actives que leurs collègues masculins. Les femmes médecins prescrivent plus d'examens non invasifs et hésitent plus à mettre en œuvre des techniques invasives. Mais lorsque les femmes médecins ont choisi une discipline invasive, avant tout lorsqu'elles sont chirurgiennes, la confiance en prend un coup. Les patients et les patientes continuent à accorder aux hommes plus de savoir et de talent chirurgical qu'aux femmes. Dans les hôpitaux, il arrive toujours encore qu'on prenne d'emblée les femmes pour des soignantes non médecins au lieu de médecins. Les femmes médecins assument, plus fréquemment que leurs collègues masculins, des tâches qui appartiennent en fait au domaine des soignants et ne se démarquent pas suffisamment du personnel soignant. Dans les institutions, les femmes médecins devraient se déclarer clairement médecins et se démarquer clairement du personnel soignant. Cela n'a rien à voir avec de la présomption ou du ressentiment à l'égard d'une hiérarchie désuète. Un médecin a tout simplement d'autres tâches et d'autres responsabilités que le personnel soignant. Sans doute les femmes, en tant que médecins, rencontrent une autre ambiance que leurs collègues masculins et sont dès lors confrontées à des problèmes différents, mais bon nombre de ces difficultés peuvent être aplanies en améliorant la communication et la capacité d'interaction.

rade Ärztinnen, die sich für ihre Patienten und Patientinnen sehr engagieren, aber schlecht abgrenzen können, sind diesbezüglich besonders gefährdet. (4)

Des Weiteren sollten sich Ärzte und Ärztinnen bewusst sein, dass Geschlechterkonstellationen und Geschlechterstereotypen auch in der ärztlichen Praxis eine grosse Rolle spielen, häufig aber zu wenig erkannt oder hinterfragt werden. Die Rolle des Geschlechts in der Arzt-Patient-Beziehung müsste vermehrt Bestandteil der Aus- und Weiterbildung sein [3, 8]. Genauso wichtig ist es, dass sexuelle Belästigung und der Umgang damit thematisiert und geschult wird [6].

Ärztinnen sollten sich in Institutionen klar als Ärztin deklarieren und sich auch von Pflegefachfrauen unterscheiden. Dies hat nichts mit Überheblichkeit und falsch verstandener, antiquierter Hierarchie zu tun. Eine ärztliche Fachperson hat andere Aufgaben und Verantwortungen als eine Pflegefachperson. Es ist für Patienten und Patientinnen leichter, wenn sie die Zuständigkeiten der verschiedenen, im Spital tätigen Menschen kennen.

Für invasiv tätige Ärztinnen ist es zudem wichtig, nicht routinemässig Arbeiten im Bereich der Patientenversorgung für Kollegen und Vorgesetzte zu übernehmen [4]. Ein verstärktes Interesse für das psychosoziale Umfeld von Patienten und Patientinnen ist ein Pluspunkt für chirurgisch Tätige und nicht ein Ersatz für das Operieren. Beides lässt sich bestens unter einen Hut bringen und schafft einen guten Boden, um in jedem Bereich das Vertrauen der Patienten zu gewinnen!

Abschliessend lässt sich sagen, dass Frauen als Ärztinnen zwar ein anderes Umfeld antreffen als Ärzte und somit auch vor andere Probleme gestellt werden, dass aber sehr viele dieser Schwierigkeiten mit einer Verbesserung der kommunikativen und interaktiven Fähigkeiten bewältigt werden können.

Literatur

[1] Schmittdiel J; Grumbach K; Selby JV; Quesenberry CP. Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practices. J Gen Intern Med 2000 Nov; 15(11): 761-9.

[2] Derose KP; Hays RD; McCaffrey DF; Baker DW. Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? J Gen Intern Med 2001 Apr; 16(4):218-26.

[3] Bertakis KD; Franks P; Azari R. Effects of physician gender on patient satisfaction. J Am Med Womens Assoc 2003 Spring; 58(2):69-75.

[4] Mixa E, Wien. Vortrag «Und die im Dunkeln sieht man nicht», Regionalkongress MWIA 21.–23. November 2002, Basel.

[5] Fröhlich Egli F. Was erwarten Frauen von Ärztinnen? Schweizer Ärztezeitung 1996; 77(21):877-879.

[6] Phillips SP; Schneider MS. Sexual Harassment of Female Doctors by Patients. N Engl J Med 1993; 329(26): 1936-1939.

[7] Müller FE. Frauen betreiben eine andere Medizin. NZZ 1999 April; 82:92.

[8] Honegger M; Scheuer E; Buddeberg C. Geschlechtstypische Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung bei älteren Patienten/Patientinnen in der Allgemeinpraxis. Praxis 2001; 90:2043-2049.

«Hauptproblem ist die gestörte Kommunikation»

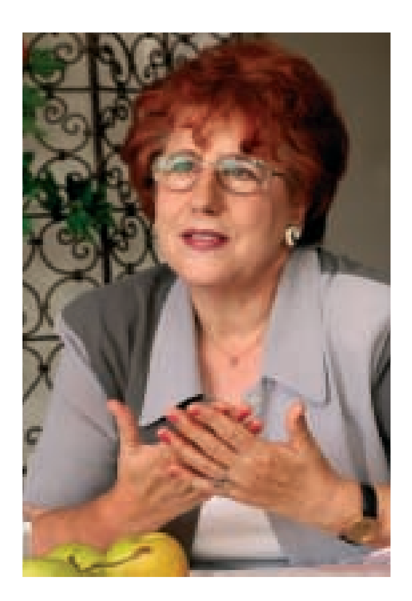
Ruth Dual hat während 24 Jahren die Zürcher Patientenstelle geleitet. Zwar ist die Zahl potentieller Behandlungsfehler nicht kleiner geworden, aber auf Seiten der Patienten und der Ärzteschaft hat ein Umdenken stattgefunden.

Das Gespräch führte Catherine Aeschbacher, Chefredaktorin VSAO Journal (Bilder: Martin Guggisberg)



Sie standen fast ein Vierteljahrhundert im Dienst der Patienten. Welches ist Ihr grösster Erfolg?
Da wir als Patientenbewegung auf verschiedenen Ebenen wirken, haben wir auf jeder dieser Ebenen grosse Erfolge erzielen können. Auf Ebene der Einzelfallhilfe ist unser grösster Erfolg die Tatsache, dass wir seit Beginn unserer Tätigkeit Behandlungsfehler ohne Anwalt abklären und als Haftpflichtfälle durchsetzen können. So können auch finanziell schwache Bürger ihr Recht einfordern. Unsere Fachkompetenz wurde bald einmal bekannt, und in den letzten rund fünfzehn Jahren übergaben uns immer häufiger Rechtsschutzversicherungen und selbst private Anwälte Fälle zur Beurteilung. Dass unsere Arbeit so anerkannt würde, hätte ich mir nie träumen lassen. Auf Ebene der Vereinspolitik haben wir erreicht, dass weitere regionale Patientenstellen im In- und Ausland lanciert wurden. Mein persönliches Verdienst war die Gründung eines Dachverbandes Schweizerischer Patientenstellen DVSP. Dieser garantierte uns einen stärkeren Auftritt in der Öffentlichkeit und verschaffte uns vor allem Einsitz in nationale Projekte und Gremien.

Der grösste Erfolg im Gesundheitswesen generell ist der Paradigmenwechsel in der Medizin. Die Medizin ist für den Bürger heute viel transparenter und fassbarer geworden, die Geheimnistuerei gegenüber den Patienten vorbei. Vor zwanzig Jahren war die Herausgabe medizinischer Berichte an Patienten etwas Ungehöriges, heute ist es eine Selbstverständlichkeit. Zu diesem Wechsel haben wir massgeblich beigetragen.



Wo haben Sie versagt?
Wir hatten die Illusion, Tausende von Gesunden und Kranken in einer breiten Patientenbewegung vereinen zu können. Das haben wir nicht geschafft. Wir mussten erkennen, dass der Status Patient meist vorübergehender Natur ist. Sobald man wieder gesund ist, scheint einen das Thema nicht mehr zu interessieren.

Welches war Ihr krassester Fall?
Wir hatten natürlich manche sehr krasse Fälle, welche wir in den Medien erfolgreich hätten ausschlachten können. Aber die Verunsicherung der Leute, das Geschäft mit der Angst war nie unser Ding. Krass war der Fall einer jungen Frau, welche während sechs Jahren mit einer 12 Zentimeter langen Messerklinge im Rücken lebte. Nach einem Angriff ihres eifersüchtigen Freundes wurde sie in ein kleines Regionalspital eingeliefert. Dort fragte man nicht nach dem Verbleib der Klinge, obwohl das damals angefertigte Röntgenbild diesen grossen, metallenen Fremdkörper zu Tage gebracht haben muss. Wahrscheinlich schaute niemand das Bild genau an. Interessanterweise war dann besagtes Röntgenbild unauffindbar, als wir dieses als Beweis einer Sorgfaltspflichtverletzung anforderten.

Zuerst wird gepfuscht, dann vertuscht?
Ja, dieses Beispiel zeigt den immer noch schlechten Umgang mit Fehlern und ruft nach einer anderen Fehlerkultur. Viele Ärzte befürchten, wegen eines Fehlers strafrechtlich verfolgt zu werden, und versuchen deshalb hartnäckig, etwas zu vertuschen. Sehr oft habe ich Ärzten beteuert, dass es uns um das Durchsetzen

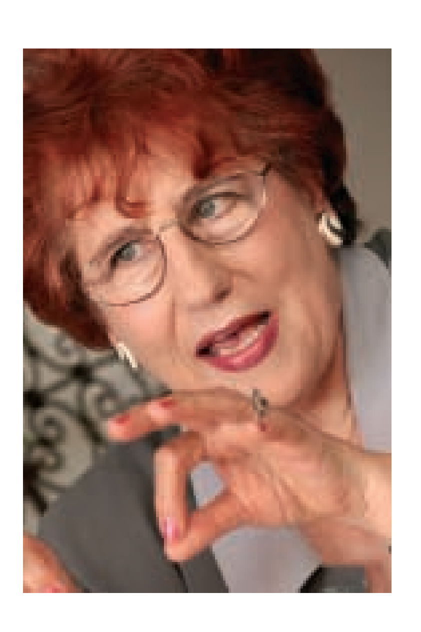


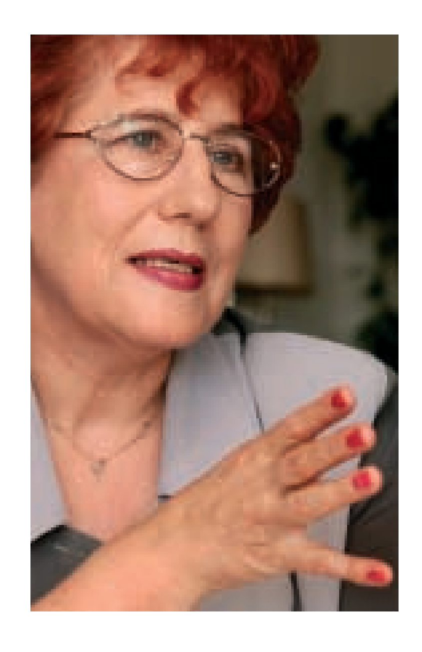
von Patientenrechten geht und nicht darum, die Betroffenen zu kriminalisieren. Das heisst konkret, dass die Versicherung dem Geschädigten den Schaden finanziell abgelten muss. Meine Erfahrungen haben zudem gezeigt, dass einem geschädigten Patienten nicht primär der Geldwert seines Schadens wichtig ist, sondern das Eingeständnis, dass ein Fehler vorliegt. Oft leiden Geschädigte unter tiefen persönlichen Verletzungen, weil ihre Beschwerden lange Zeit ignoriert oder heruntergespielt worden sind.

Welches sind die grössten Fehlerquellen?
Unsere Erfahrung könnte leicht ein verzerrtes Bild ergeben. Gibt es doch Bereiche in der Medizin, wo Fehler schwer sichtbar werden und kaum beweisbar sind. So die Psychiatrie oder teilweise internistische Bereiche. Die meisten offensichtlichen Fehler gehören ergo in den Bereich der Chirurgie und chirurgischen Orthopädie. Die häufigsten Schäden, welche ich gesehen habe, sind Nervenverletzungen nach Operationen. Fremdkörper, welche im Operationsgebiet belassen werden, kommen ebenfalls relativ häufig vor. Auch Organverwechslungen sind nicht so selten, wie man annehmen könnte. Seitdem die laparoskopischen Operationen überwiegen, müssen wir auch häufig Verletzungen von benachbarten Operationsorganen abklären. Generell ist das Hauptproblem jedoch nach wie vor und überall die Störung der Kommunikation. Oft gelingt es dem Arzt nicht, ein verständliches Gespräch zu führen oder richtig zuzuhören. Daraus können eine falsche Wahrnehmung des Patienten und mögliche Behandlungsfehler resultieren.

Sinkt die Fehlerquote?
Ich glaube nicht. In den ersten 15 Jahren unseres Bestehens stiegen die Klagen über mögliche «Kunstfehler» jährlich dramatisch an. In den letzten drei, vier Jahren waren die Zahlen konstant auf etwa gleich hohem Niveau. Das hat stark mit dem veränderten Verhalten der Geschädigten zu tun.

Also lassen sich Patienten heute weniger bieten als früher?
Ja, zweifelsohne. Heute sind Patienten im Allgemeinen aufgeklärter, kritischer und pochen mehr auf ihr Recht. Manche haben jedoch übertriebene Erwartungen an den Arzt. Sie zeigen eine unhinterfragte Konsumhaltung. Unsere wichtige, aber schwierige Aufgabe ist es, diese Rat-

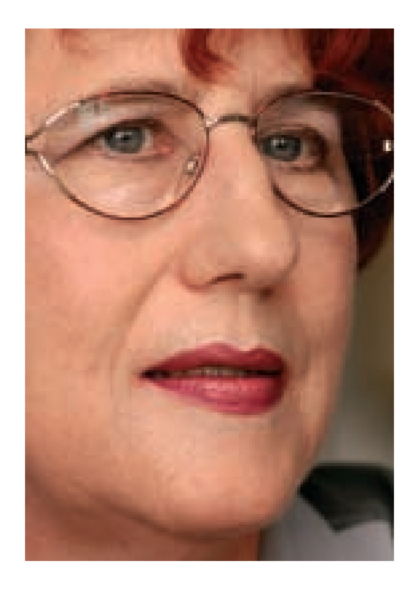




Résumé

«Le problème primordial est la communication»

Ruth Dual a dirigé durant 24 ans le centre pour patients de Zurich. Certes le nombre potentiel d'erreurs de traitement ne s'est pas réduit mais les patients et les médecins ont modifié leur façon d'aborder les choses. Ainsi les patients sont aujourd'hui beaucoup plus au courant et font valoir leurs droits. Les jeunes médecins pour leur part savent que le patient a droit à une information globale et doit être intégré dans le processus du traitement. Ruth Dual explique que la source d'erreur la plus fréquente se trouve dans le fait que la communication est perturbée. On constate que les médecins n'écoutent toujours pas assez ce que leurs patients leur communiquent ou leur parlent dans un langage incompréhensible.



suchenden auf ihre eigenen Probleme anzusprechen und zu versuchen, sie auf eine «andere Schiene» zu bringen.

Die Patienten haben sich emanzipiert. Haben sich die Ärztinnen und Ärzte verändert?
Ich denke schon. Besonders jüngere Ärzte versuchen, partnerschaftlicher mit ihren Patienten umzugehen und sie in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Sie wissen, dass sie nicht nach Gutdünken oder nach Lust und Laune informieren können, sondern die Patienten unaufgefordert und umfassend aufzuklären haben. Die «autoritären Patriarchen» sind, glaube ich, eine aussterbende Spezies.

Wirkt sich die wachsende Frauenquote positiv aus?
Wir begrüssen grundsätzlich die wachsende Zahl von Ärztinnen. Die Förderung speziell von Frauenärztinnen war ein Punkt unseres ellenlangen Forderungskataloges, den wir zu Beginn unserer Tätigkeit aufgestellt haben. Entsprechend würde ich die Frage gerne bejahen. Bislang können wir allerdings keinen Unterschied oder eine Verbesserung erkennen.

Worauf würden Sie bei der Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte Gewicht legen?
Auf die Gesprächsführung und das Zuhörenkönnen. Wünschenswert wären auch eine grössere Konfliktfähigkeit und mehr Geduld.

Und wie sollten sich die Patienten verhalten?
Oft haben Patienten übertriebene Vorstellungen vom Können und Wissen der Medizin und hängen einem Machbarkeitsglauben an. Seit Jahren predigte ich, dass in vielen Bereichen der Medizin eine Überversorgung stattfindet. Der Arzt, der nun die Aufgabe hätte, das Problem an der Wurzel zu packen, und zeitintensive Überzeugungsarbeit leisten müsste, ist dazu kaum motiviert. Das System der Honorierung von Einzelleistungen bietet keinen Anreiz. Es wird auch zu wenig realisiert, dass jeder Mensch ein einzigartiges Geschöpf ist, das in derselben Krankheitssituation ganz unterschiedlich reagieren kann. Letztendlich kann sich nur das Individuum selbst erforschen und nach und nach Selbstkompetenz aneignen. Genau diese Botschaft habe ich den Tausenden von Ratsuchenden zu vermitteln versucht.

Zur Person

Ruth Dual ist im Thurgau aufgewachsen, aber seit 40 Jahren in Zürich. Ursprünglich war sie medizinische Laborantin und Praxisassistentin, dann während vielen Jahren als medizinische Fachlehrerin an einer Berufsschule tätig. Sie war Mitinitiantin und bis 2003 Leiterin der ersten Patientenbewegung der Schweiz, der Patientenstelle Zürich, sowie Initiantin und Präsidentin des Dachverbandes Schweiz. Patientenstellen DVSP und Mitglied diverser gesundheitspolitischer Gremien. Ruth Dual ist Mutter zweier erwachsener Kinder.



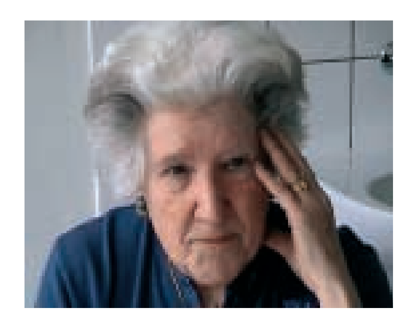
Von Patienten lernen – neue Wege im Berner Medizinstudium

«Herr X, das müssen Sie wissen, Sie werden doch Arzt – oder?» Wer mit solchen und ähnlichen Sätzen bereits während des Studiums konfrontiert wird und im praxisnahen Rollenspiel lernt, auf Patienten einzugehen, wird es später sicher einfacher haben. Die Studierenden der Universität Bern werden in vielfältiger Weise auf den Umgang mit Patienten vorbereitet. Von diesem Engagement profitieren letztlich alle Beteiligten.

Peter Frey, Dr. med. et Master of Medical Education, Medizinische Fakultät Bern

Was erwarten Patienten und Patientinnen von den Ärzten? Wie berücksichtigen die Reformen des Medizinstudiums diese Erwartungen? Wie können Medizinstudierende auf ihren Beruf vorbereitet werden? Mit solchen Fragen sehen sich die medizinischen Fakultäten konfrontiert.

Das GfS-Forschungsinstitut[1] hat vor zwei Jahren im Rahmen des von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) initiierten Projekts «Neu-Orientierung der Medizin» 1220 Schweizerinnen und Schweizer unter anderem zu ihren Forderungen an die Ärzteausbildung befragt. Während 77 Prozent der Patienten die fachliche Aus- und Weiterbildung der Ärzte für gerade richtig hielten, fanden 44 Prozent, die Ärzte seien im Umgang mit dem Patienten und seinen Angehörigen ungenügend ausgebildet. Ein ernst zu nehmendes Faktum. Eine soeben in der Tagespresse[2] vorgestellte neue Studie zeigt, dass in der Schweiz 91 Prozent der Patienten bei medizinischen Behandlungsentscheiden einbezogen werden wollen. Aber nur 63 Prozent würden schon heute so mit einbezogen, wie sie sich das wünschten.



Rollenspiele für den Alltag.

Der Umgang mit dem Patienten, insbesondere die Anamnese, hat aber auch eine zentrale Bedeutung in der medizinischen Diagnostik. Forschungen von Hampton (1975), Sandler (1980), Kassirer (1983) und Peterson (1992) zeigten auf, dass eine gute Anamnese 60 bis 80 Prozent der Daten für die richtige Diagnosestellung liefert. Dies gilt auch heute noch – trotz oder vielleicht gerade wegen der starken Technisierung in der medizinischen Diagnostik.

Die Medizinische Fakultät Bern hat 2001 das dritte Studienjahr, also das erste klinische Jahr, den eingangs erwähnten Bedürfnissen angepasst. Die Studierenden erwerben nicht nur pathophysiologisches Wissen, sondern werden auch in den Fertigkeiten und Haltungen trainiert und neu auch geprüft. Die Berner Studierenden werden vielseitig gefordert:

- die reine Vorlesungszeit wurde auf 6 bis 8 Stunden pro Woche gekürzt
- dazu kamen pro Woche rund 3 Stunden Fachpraktika (Labor, Röntgen)
- 4 Stunden theoretische Gruppenarbeit im Problem based learning Stil
- 5 bis 6 Stunden strukturierte Gruppenarbeit am Krankenbett, das so genannte Clinical Skills Training (CST)
- und eine offene Fragestunde (Wochenrückblick) im Hörsaal.

Sämtliche Studieninformationen sind in Bern seit zwei Jahren konsequent und nur noch online verfügbar. http://studmed.unibe.ch oder zum CST http://studmed.unibe.ch/J3/CST

Trainingsprogramm

Wie unterscheidet sich das Clinical Skills Training von den üblichen Untersuchungskursen? Jeder Studierende

Clinical Skills Trainingseinheiten zum Thema Arzt-Patienten-Beziehung

- *Erfassen der Konsultationsgründe/Landkarte, Prioritäten aushandeln*
- *Die Vorbereitung des Patienten auf und die Durchführung der körperlichen Untersuchung, psychologische Besonderheiten bei der Körperuntersuchung*
- *Die Erfassung der aktuellen Lebenssituation und der Lebensgeschichte*
- *Die Anamnese bei besonderen Lebenssituationen (Kind, Alter, Geschlecht …)*
- *Die Aufgaben und die Struktur einer Anamnese, verschiedene Fragetypen*
- *Die Kontaktaufnahme mit dem Patienten, die Eröffnung der Anamnese*
- *Empathie, Mitgefühl, Umgang mit Gefühlen (eigenen, des Patienten)*
- *Die Analyse der Beschwerden des Patienten, 7 Dimensionen*
- *Die Erfassung des Krankheitsmodells des Patienten*

[1] http://www.gfs.ch/medizin.html
[2] Tages-Anzeiger vom 28. 8. 2003, internationale Studie mit Beteiligung ZH und LA

durchläuft in 5er-Gruppen ein Trainingsprogramm nach klar vorgegebenen Lernzielen, die für Tutor und Studenten verbindlich in Guidelines festgehalten sind. Zu jedem Unterrichtshalbtag gibt es explizite Lernziele, Seitenangaben zum Basislehrbuch[3] und Angaben zur Vorbereitung mit e-learning. Die Studierenden können 12 Berner CD-ROMs mit Videos oder interaktiven Lernprogrammen zum Selbstkostenpreis von CHF 50.– kaufen. 70 Prozent der Studierenden machten davon Gebrauch.

Das Wintersemester umfasst folgende Unterrichtseinheiten:

- Arzt-Patienten-Beziehung, Einführung in die Anamnesetechnik: 10 Halbtage Tutoren: Allgemeinpraktiker und Tutoren mit psychosozialer Zusatzausbildung
- Allgemein-internistische Untersuchung: 20 Halbtage
  Tutoren: meist Internisten, aber auch Viszeralchirurgen oder Urologen

Das Sommersemester dient dem fachspezifischen Grundtraining in den 10 Lehreinheiten

- Pädiatrie, Gynäkologie, Bewegungsapparat, Ophthalmologie, HNO, Neurologie, Psychiatrie, Chirurgie (Nähkurs), Notfallversorgung und neu auch Geriatrie.

Nach dem Winter- und Sommersemester legen die Studierenden sowohl eine MC-Prüfung als auch eine OSCE-Prüfung ab.

Vom Säugling bis zum Greis

Jeder Student verbringt im 3. Jahr 82 Stunden in der Kleingruppe im Kontakt mit echten Patienten vom Säugling bis zum Greis. Dabei schlüpft der Studierende erstmals in den weissen Kittel, in die ihm noch fremde Rolle des Arztes. Jeder Student bekommt unter Anwesenheit eines erfahrenen Arztes (meist eines Oberarztes) mehrmals Gelegenheit, selber eine Anamnese aufzunehmen und zu untersuchen. Im Vordergrund steht der Umgang mit den Patienten (siehe Kasten), das Eintauchen in die neue Rolle als Arzt und die Auseinandersetzung mit ärztlichen Haltungen und deren Reflexion. Das pathophysiologische Wissen steht im Hintergrund und fehlt zu Semesterbeginn noch fast gänzlich. Neu kommt jeder Student auch in Kontakt zu alten Menschen, er lernt deren Einschränkungen (Gehör, Gang, Motorik, Ernährungszustand) kennen und die adäquaten Tests wie ADL oder Mini. Mental Status anzuwenden.

Schwierige Patienten

Zusätzliche 40 Stunden verbringen die Studierenden in Untersuchungskursen (OPH, HNO, BEW, NEU), in denen die fachspezifischen Untersuchungen gegenseitig geübt werden.

Obwohl das Clinical Skills Training bereits 95 Prozent der Skills-Lernziele Level 3 und 4 des neuen Schweizerischen Lernzielkataloges[4] abdeckt, wird der Lernprozess zu schwierigeren Situationen im Umgang mit Patienten noch nicht systematisch trainiert, sondern der individuellen Erfahrung im Blockunterricht (Rotation in Lehrkrankenhäusern) überlassen. Beispiele sind:

- der aggressive, verärgerte Patient
- der durchs Internet pseudoinformierte, fordernde Patient
- die Überbringung von schlechten Nachrichten

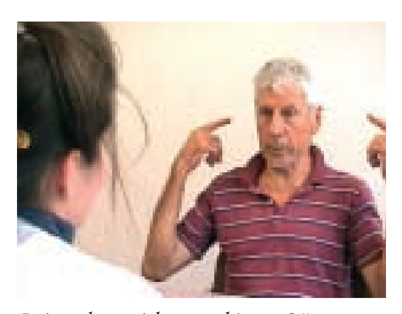
[3] Hermann S. Füessl, Martin Middeke, Anamnese und Klinische Untersuchung Duale Reihe, 2. Auflage 2002

[4] CH-Lernzielkatalog online http://www.smifk.ch

Résumé

Apprendre au contact direct des patients – de nouvelles voies s'ouvrent aux étudiants en médecine de Berne

Le contact avec le patient, en particulier l'anamnèse, a une importance primordiale dans le diagnostic médical. En 2001, la Faculté de médecine de Berne a adapté la troisième année d'études, à savoir la 1ère année dite clinique, à ce besoin. Les étudiants n'acquièrent pas que des connaissances en physiopathologie, mais sont aussi entraînés aux aptitudes et aux attitudes, qui font nouvellement l'objet d'un examen. Au cours de la 3ème année, chaque étudiant passe 82 heures au contact de véritables patients aux âges de nourrisson à vieillard, à l'occasion d'un enseignement en petits groupes. L'étudiant revêt pour la première fois la blouse blanche pour se glisser dans le rôle de médecin, inconnu de lui jusqu'ici. En présence d'un médecin expérimenté (la plupart du temps un chef de clinique), chaque étudiant reçoit ainsi plusieurs fois l'occasion de faire lui-même une anamnèse et d'examiner un patient. Au premier plan du contact direct avec le patient, il y a l'immersion dans le rôle de médecin et l'apprentissage des attitudes médicales et leur réflexion. Après la fin du semestre, les étudiants sont envoyés sur un parcours d'examen comportant 2×10 stations où toutes les 8 minutes, il doivent démontrer une autre aptitude clinique. A de nombreuses stations, on installe des patients dits standardisés. Il s'agit de comédiens laïcs préalablement entraînés à donner une anamnèse standardisée ou à mimer par exemple des troubles de la démarche typiques d'un Parkinson ou d'une parésie péronière. L'efficacité est époustouflante et après 2–3 minutes déjà, la plupart des candidats oublient qu'il s'agit de rôles et ne peuvent pratiquement plus échapper à l'authenticité de la relation médecin-malade. La qualité de la formation a son prix. Ce n'est que grâce au grand engagement des médecins de l'Hôpital de l'Ile et des plus petits hôpitaux régionaux, à la collaboration de tous les patients vrais ou simulés, qu'une telle formation proche de la réalité peut avoir lieu.



Laienschauspieler markieren Störungen.

- angemessene Mitsprache bei Abklärungs- oder Therapieentscheiden.

Einsatz von standardisierten PatientInnen

Der Unterricht kann noch so gut sein, gelernt wird doch primär, was geprüft wird. Dies gilt umso mehr für Medizinstudierende, die auch heute noch in der Berner Vorklinik von Durchfallquoten von 15 bis 25 Prozent geprägt werden. Dass man klinische Fertigkeiten wie Kommunikationsfähigkeit, Untersuchungstechnik oder Haltung nicht mit Multiple-Choice-Fragen prüfen kann, dürfte heutzutage allen Ausbildnern bekannt sein. Eine adäquate Prüfungsform, die OSCE (Objective Structured Clinical Examination), wird in den USA seit 20 Jahren angewandt und fasst nun auch in Europa Fuss. So werden die Studierenden in Bern nach Ende des Semesters auf einen Prüfungsparcours mit 2 × 10 Stationen geschickt, in dem sie alle 8 Minuten eine andere klinische Fertigkeit demonstrieren müssen. An vielen Stationen werden so genannte standardisierte Patienten (SP) eingesetzt. Das sind Laienschauspieler, die vorgängig trainiert wurden, standardisiert eine Krankengeschichte zu erzählen oder beispielsweise Gangstörungen wie Parkinson oder Peroneusparese zu imitieren. Mit geringem Aufwand (Trainingszeit 2 bis 3 Stunden) erhält man eine realitätsnahe Patientensituation. Die Patienten erzählen aber nicht nur brav ihre Krankengeschichten, sondern können die Medizinstudierenden auch ziemlich herausfordern, wenn sie sagen:

- «Wieso kann mir kein Arzt helfen?»
- «Herr X, das müssen Sie wissen, Sie werden doch Arzt – oder?»
- «Ich habe Angst, verrückt zu werden. Gibt es dagegen eine Pille?»

An der Geriatriestation hören die Laienschauspieler schlecht und haben ein Hörgerät im Sack, nach diesem fragt aber kaum ein Kandidat. Sie können vergesslich oder leicht desorientiert sein und fallen beim Gehen fast hin. Die Wirkung ist verblüffend, schon nach zwei, drei Minuten vergessen die meisten Kandidaten das Rollenspiel und können sich der Echtheit der Arzt-Patienten-Beziehung kaum mehr entziehen. Die Examinatoren schauen lediglich zu und bewerten die Leistungen der Kandidaten nach einer vorstrukturierten Checkliste.

Wo liegen die Grenzen der standardisierten Patienten?

Der Simulation von Körpersymptomen wie Ödemen, Herz- oder Lungengeräuschen sind Grenzen gesetzt. Ziel der OSCE-Prüfung im 3. Studienjahr ist die Überprüfung der Basisfertigkeiten wie korrekte Anamnese- und Untersuchungstechnik, nicht aber die Diagnostik.

Die Diagnostik von echten Pathologien wie Herzgeräusche oder Blutbilder wird am Computer getestet. Ebenso die Fähigkeit, in Pubmed (medline) eine Online-Literaturrecherche durchzuführen. Untersuchungen im Intimbereich (rektal, vaginal) werden am Modell trainiert und geprüft. Ein besonderes Problem stellt die Pädiatrie dar. Es wäre ethisch kaum vertretbar und praktisch kaum realisierbar, Kleinkinder einzubeziehen. Deshalb werden die Studierenden mit acht Videoclips zur pädiatrischen Untersuchung konfrontiert und müssen schriftlich begründen, ob die gezeigte Untersuchung korrekt oder falsch ist.

Strukturiertes Training – eine Verschulung?

Das Clinical Skills Training ist stark strukturiert. Ursprünglich fühlten sich einige wenige Tutoren bevormundet und sprachen von totaler Verschulung. Mittlerweile haben sie die Vorteile klar erkannt. Jeder Studierende erhält eine standardisierte minimale Grundausbildung in den klinischen Fertigkeiten. Die Tutoren schätzen die Guidelines, die ihnen als Leitfaden und «Arbeitsauftrag» zum Unterricht dienen. Die Reihenfolge der einzelnen Themen innerhalb eines Moduls (zum Beispiel Herz-Kreislauf) muss den auf der Station verfügbaren Patienten angepasst werden.

Heterogenität der Tutoren

Eine der grössten Herausforderungen ist die «Homogenisierung» der rund 160 Tutoren in ihren eigenen Skills und Haltungen. Bekanntlich haben Ärzte sehr unterschiedliche Untersuchungsstile. In einer jährlichen Instruktion wird jede Tutorengruppe spezifisch auf ihren Unterricht vorbereitet. Sie können aber auch ihre Kritiken und Schwierigkeiten melden. Es ist wichtig, für die Lehrsituation eine «unité de doctrine» zu erreichen, werden doch die Studierenden in der OSCE-Prüfung nach denselben Kriterien beurteilt. Jeder Tutor hinterlässt seine Spuren, wirkt unmittelbar als Vorbild. Dieses ist meist sehr positiv, wie die systematische Evaluation des CST zeigt. Zuweilen lernt man aber von negativen Vorbildern sogar mehr.

Der Aufwand lohnt sich

Ausbildungsqualität hat ihren Preis. Nur dank dem grossen Engagement der Ärzte und Ärztinnen vom Inselspital bis hin zu kleineren Regionalspitälern, der Mitarbeit all der echten und simulierten Patienten und Patientinnen gelingt eine realitätsnahe Ausbildung. Das Engagement der Schauspielpatienten ist enorm und muss hier gelobt werden. Wer von den Ärzten wäre bereit, sich während 6 Stunden von 36 Studierenden befragen, otoskopieren oder an der Leber palpieren zu lassen? So tragen die Schauspielpatienten wesentlich zur Verbesserung und Qualitätssicherung in der Ärzteausbildung bei.

Kontakt:
Peter Frey, Medizinische Fakultät Bern, Institut für Aus-, Weiter- und Fortbildung IAWF, Leiter AUM und Arbeitsgruppe Clinical Skills Training, Inselspital 38, 3010 Bern
frey@aum.unibe.ch
Telefon 031 632 25 13

Bring- und Holschuld in der Weiterbildung

Wind und Wetter sind nicht länger einfach nur Schicksal – der Mensch beeinflusst zunehmend die Natur. Noch nachhaltiger können wir das Weiterbildungsklima bestimmen. Wer sein Wissen grosszügig weitergibt, fördert eine lehr- und lernfreundliche Umgebung. Wer sich vor Stellenantritt eingehend über das Weiterbildungsklima an einem Spital informiert, kann entsprechend profitieren.

Erika Bandli, Mitarbeiterin Weiterbildung VSAO-ASMAC CH

Dass das Klima uns Hitze und Frost beschert, wissen wir, dass unser menschliches Tun Einfluss auf die Entwicklung des Klimas hat, auch. Ebenso ist es mit dem Lernklima. Obgleich vieles vorgegeben ist, können wir es verändern. Vermutlich sind wir (die Assistenz- und OberärztInnen) nicht die Sonne, die direkt die Temperatur und das Wetter bestimmt, sicher auch nicht das FCKW, das nur das Ozonloch vergrössert.

Wir sind eher der frische Wind, welcher eine angenehme Brise bleiben und ja nicht zum Wirbelsturm werden sollte, der – kaum war er da – wieder weg ist.

Résumé

Apporter et recevoir en formation postgraduée

Nous savons que le climat nous gratifie de canicule et de gel, mais nous savons aussi que l'activité humaine influence le climat. Il en va de même avec le climat d'apprentissage. Beaucoup nous est imposé, mais nous pouvons aussi modifier. Mais que pouvons-nous faire? Nous devrions transmettre ce que nous savons et savons faire au bon moment et au bon endroit. Aujourd'hui nous accumulons et fabriquons des réserves, avec le dessein de briller au bon moment et au bon endroit, ce qui augmente nos chances professionnelles. Chez nous, un tel comportement est honoré. Aux USA et au Canada, on est encouragé à ne pas considérer le savoir et le savoir-faire comme une propriété, mais comme un capital qui doit circuler. Là-bas, teaching et learning sont essentiellement liés et mis en exergue. Chez nous, il devrait en aller de même – espérons-le, très bientôt.

Avant d'entrer dans une nouvelle place, nous devons examiner le concept de formation postgraduée et en particulier les quatre points mentionnés. Nous devrions regarder la page d'accueil de l'hôpital et évaluer si l'enseignement et la recherche sont une préoccupation importante de cet établissement. Dans l'entretien d'engagement, nous devons aborder la question du climat d'apprentissage et demander quels sont les devoirs de formation, ce qu'on doit apporter et ce qu'on reçoit. Finalement, après un entretien d'engagement, il doit être absolument clair où et quand quoi doit être enseigné et appris.

Si tout se passe à la pause-café mais qu'on ne boit jamais le café ensemble, il faudrait se poser des questions. L'annonce qu'il y a un rapport de radiologie ne dit en soi encore rien. Il faut clairement préciser comment il se déroule et ce qu'on y fait. Il faut aussi mesurer la température et tenir compte de ses propres dispositions pour influencer dans le sens souhaité les changements de climat qui ont de toute façon lieu.

Was also können wir tun? Wir sollten im richtigen Moment am richtigen Ort das weitergeben, was wir wissen und können. Das erwarten wir nämlich von unsern Weiterbildnern, sprich Klinikchefs (es sind ja fast immer Männer) und erfahrenen OberärztInnen. Im Gegensatz zum amerikanischen und kanadischen Lernklima, dessen oberstes Ziel es ist, sein Wissen und Können weiterzugeben, damit andere es auch brauchen können, ist unser oberstes Ziel, Wissen und Können zu haben, damit man es selber anwenden kann. Wir äufnen Reserven, bilden ganze Pools, damit wir gezielt im richtigen Moment am richtigen Ort brillieren können, weil das unsere Berufschancen erhöht. Solches Verhalten wird bei uns honoriert. Andernorts (eben dort im Ausland, wo wir so gerne einen Teil der Weiterbildung machen, weil das Lernklima so gut ist) wird man befördert, wenn man Wissen und Können nicht als Eigentum behandelt, sondern als Kapital, das fliessen muss. Dort werden Teaching und Learning gross geschrieben. Ebenso sind Evaluation und Qualitätskontrolle wesentliche Teile der Arbeit des gesamten Spitalpersonals. Die Lehre und die Verdienste in Aus- und Weiterbildung sind in diesen Ländern Bestandteil einer Habilitation. Kurz und bündig: Nur wer weiss, was er machen kann und will, um die Qualität der Lehre zu sichern, wird Professor. Bei uns sollte das auch so sein – hoffentlich (vermutlich!!) sehr bald.

Die vier ausschlaggebenden Punkte

Ein gutes Lernklima heisst demnach: Informationsfluss, Austausch von Wissen

und Können in einem klar definierten Kontext.

Der klar definierte Kontext im Falle eines Spitals heisst:

1. Die Aufgabenbereiche jeder Person sind definiert, Strukturen und Hierarchien (im besten Fall flache) ebenfalls.
2. Ziele (globale und spezifische) sind definiert und können auf einfache Weise auf die Handlungsebene heruntergebrochen werden.
3. Orte und Zeit für Teaching und Learning sind vorhanden. Die Art und Weise, wie beides überprüft wird, ist bekannt.
4. Die Patienten sind informiert, und wo immer möglich, findet Training nicht am realen Patienten, sondern an technischen Modellen und simulierten Patienten statt.

Klarheit schaffen – vor Stellenantritt

So weit, so gut. Was müssen wir Assistenz- und OberärztInnen also tun? Wir müssen vor einem Stellenantritt das Weiterbildungskonzept prüfen und auf die erwähnten vier Punkte achten. Wir sollten die Homepage des Spitals aufrufen und abschätzen, ob Lehre und Forschung einen hohen Stellenwert haben. Im Anstellungsgespräch müssen wir das Lernklima ansprechen und fragen, welche Ausbildungsaufgaben Mann/Frau hat, was man bringen muss und was man bekommt. Schliesslich muss nach einem Anstellungsgespräch völlig klar sein, wo und wann was gelehrt und gelernt wird. Die Information, dass ein Röntgenrapport stattfindet, sagt an sich noch nichts. Es muss klar sein, wie er abläuft und was dort gemacht wird. Mann/Frau muss also die Temperatur messen und Angaben über die eigene Beschaffenheit machen, um Klimaänderungen, die sowieso stattfinden, im gewünschten Sinne zu beeinflussen.

Das «heisse» Grümpelturnier

Fabienne Kobel, KV-Stiftin VSAO-ASMAC CH

Heiss in jeder Beziehung war unser diesjähriges Grümpelturnier.

Heiss … Welche Herausforderung: Ende des 1. Lehrjahres den Auftrag zu übernehmen, ein Grümpelturnier zu organisieren. Mein Ziel war es, ein erfolgreiches und amüsantes Grümpelturnier durchzuführen. Die Anmeldungen der Mannschaften zögerten sich hinaus, was mich zweifeln liess. Vier Wochen vor Turnier noch keine Anmeldung. Doch davon wollte ich mich nicht entmutigen lassen, und so entschloss ich mich, alle Spitäler nochmals anzurufen.



Voller Einsatz trotz 30 °C.

Heiss … Zwei Wochen später hatten sich sage und schreibe 11 Mannschaften angemeldet, und einige Tage später waren es gar schon 14 Mannschaften. Dann kam der Tag, an dem das Grümpelturnier stattfinden sollte. Ganz heiss wurde es mir, als die Bänke und Getränke zu spät geliefert wurden, das forderte unser Organisationstalent nochmals heraus. Aber auch das hatten wir bald im Griff.

Heiss … Mit Spass und vielen Fussballtricks ging das Grümpelturnier vorüber. Und wer wagte daran zu glauben, dass der Pokal in den Händen des VSAO blieb? Doch das «Wunder von Bern» traf nochmals ein: Die Vorsorgestiftung des VSAO gewann den Pokal.

Heiss … Es gab keine Unfälle bis auf einen: Der Spieler «Ronny» der Mannschaft Lockfisch wurde ins Spital gebracht mit Verdacht auf Bänderriss. Wir wünschen dem einsatzfreudigen Kicker gute Besserung.

Heiss … Bei 30 °C Sommerhitze war das Grümpelturnier ein voller Erfolg, und ich hatte viel Spass.

Ein herzliches Dankeschön an alle Mannschaften für den Einsatz und ihr Fairplay.

Jetzt heisst es nur noch warten, bis das nächste VSAO-Grümpelturnier stattfindet.



Die siegreiche Mannschaft «Natureboyz».



Frauenpower.

Konferenz & Fachmesse Universität Zürich-Irchel 16./17. Oktober 2003

Kongress eHealthCare.ch 03

Schwerpunkt 2003: «Der Patient im Informationszeitalter»

eHealthCare.ch ist der führende Schweizer Kongress für neue Technologien und IT in Medizin und Gesundheitswesen. eHealthCare.ch 03 vereinigt 1000 bis 1200 führende Health Professionals und IT-Entscheidungsträger aus dem Spitalsektor, dem ambulanten Sektor, der Industrie, dem Versicherungswesen und der gesamten Gesundheitsbranche zum gemeinsamen Erfahrungsaustausch. eHealthCare.ch 03 steht dabei im Zeichen der Implementationsphase. Bestehende Lösungen sollen auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit hin dargestellt und überprüft werden.

Gemeinsam mit den führenden Verbänden und Standesorganisationen, mit Universitäten, Bundesstellen und grossen IT-Unternehmungen haben wir einen spannenden Konferenzteil mit über 90 internationalen und nationalen Referenten zusammengestellt.

Am 16. Oktober um 16 Uhr veranstaltet die Stiftung Science et Cité ein öffentliches Forum zum Thema «Der Patient im Informationszeitalter». Diese Veranstaltung steht im Zusammenhang mit dem vom 10. bis 12. Dezember in Genf stattfindenden Uno-Weltgipfel zur Informationsgesellschaft (WSIS).

An der Fachmesse präsentieren 50–60 Aussteller ihre Produkte und Dienstleistungen.

Attraktive Highlights runden das Kongressevent im Herbst 2003 in der Schweizer Gesundheitsbranche ab. Specials: «Der Patient im Informationszeitalter», «IBM&HealthCare.ch», «Praxissoftware 2003», «eHealth-Innovationen in der Medtech-Industrie», «Zukunftsperspektiven für Health Professionals», «Telemedizin – im Dienste der medizinischen Prozessoptimierung».

Alle führenden Branchenverbände und Organisationen aus Medizin und Schweizer Gesundheitswesen unterstützen den Kongress im Patronat.

Weitere Informationen unter
www.eHealthCare.ch

Kongress-Sekretariat eHealthCare.ch,
Surentalstrasse 10, 6210 Sursee
Telefon 041 925 76 89 (13.30–17.00 Uhr)
Fax 041 925 76 80
info@eHealthCare.ch,
www.eHealthCare.ch

---

2. Internationale Science & Society-Konferenz

«Forschung am Menschen»



Dürfen Forscherinnen und Forscher Embryonen und Föten für den medizinischen Fortschritt verwenden? Wie soll die Verwendung von medizinischen Daten, welche für andere Zwecke erfasst wurden (z.B. Blutproben), geregelt werden? Woraus bestehen die Hoffnungen und Grenzen der klinischen Tests? Wie verhält sich die Politik bzw. die Gesellschaft angesichts dieser brisanten wissenschaftspolitischen Fragen?

Diesen und ähnlichen Fragen will die **2. Internationale Konferenz Science & Society** im Hinblick auf den Entwurf des neuen Bundesgesetzes nachgehen. Die verschiedenen Positionen finden an der **2. Internationalen Science & Society-Konferenz** zum Thema **Forschung am Menschen** eine Plattform für eine direkte Gegenüberstellung und kritische Diskussion. Der erste Tag steht ganz im Zeichen des Dialogs zwischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus Natur- und Sozialwissenschaften und Mitgliedern der Eidgenössischen Räte. Am Abend des ersten Tages wird dieser Kreis mit einem prominent besetzten **Streitgespräch** für die öffentliche Diskussion geöffnet. Am **zweiten Tag** wird diese öffentliche Diskussion im Rahmen von Referaten und Workshops weitergeführt.

Wissenschaft & Gesellschaft
Freitag, 6. Februar 2004, 17.30–19 Uhr/
Samstag, 7. Februar 2004, 9–17 Uhr
Kultur- und Kongresszentrum Luzern (KKL)

Der Eintritt ist frei.

Anmeldung und weitere Informationen:
Peter G. Kirchschläger
Direktor **Science & Society**
Universität Luzern
Institut für Kommunikation und Kultur (IKK)
Bruchstrasse 43/45
Postfach 7456
6000 Luzern 7
Telefon 041 228 77 74
Fax 041 228 77 85
peter.kirchschlaeger@unilu.ch
www.unikk.ch/science-society

Seminarangebot 2003

Praxiseröffnung

Kursinhalt und -ziele:
Die Praxiseröffnungsseminare sind Informationstage, an denen Sie in einem Kurzreferat über folgende Themen orientiert werden:
- Informationsblock: Ärztestopp, aktuelles politisches Thema, Trust-Center, TarMed etc.
- Businessplan
- Versicherungswesen
- Erfahrungsbericht einer Ärztin / eines Arztes
- Labor
- Praxisadministration / Informatik
- Praxisplanung / Einrichtung

ReferentInnen:
Verschiedene ExpertInnen rund um eine Praxiseröffnung

Kosten:
CHF 150.– inkl. Kursunterlagen, Verpflegung und Getränke

Datum:
Basel: 30. Oktober 2003

Anmeldung:
reinmann@vsao.ch oder
Telefon 031 350 44 88

Alternative Beschäftigungs-möglichkeiten

Referenten aus folgenden Branchen berichten über ihren beruflichen Alltag bzw. ihren Werdegang: Pharma- und Chemie-Unternehmen, Call-Center, Unternehmensberatung, Krankenversicherung, Informatik, Hilfsorganisation, Medizinaltechnik, Banken, Journalismus u.a.

Kursinhalt und -ziele:
- Alternativen zur klassischen Arztkarriere
- Wir zeigen Ihnen verschiedene Möglichkeiten aus der Praxis

ReferentInnen:
Verschiedene ReferentInnen

Kosten:
CHF 250.– inkl. Kursunterlagen, Verpflegung und Getränke

Datum:
Zürich: 5. November 2003

Anmeldung:
reinmann@vsao.ch oder
Telefon 031 350 44 88

Medienseminar

Kursinhalt und -ziele:
Das VSAO-Medienseminar ist speziell auf die Bedürfnisse der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte zugeschnitten und richtet sich in erster Linie an politisch aktive Ärztinnen und Ärzte im VSAO und an solche, die ein Interesse an Medienfragen haben.

Das Medienseminar ist in zwei Blöcke aufgeteilt:
- Im ersten, theoretischen Teil werden die Struktur, Organisation und «Mechanik» der Schweizer Medien erläutert.
- Im zweiten, praktischen Teil wird anhand von Beispielen der konkrete Umgang mit den Medien eingeübt. In diesem – zeitlich wesentlich grösseren – Teil wird vor allem das Verhalten gegenüber den elektronischen Medien analysiert. Je ein Radiojournalist und eine Fernsehjournalistin üben mit den TeilnehmerInnen in praxisnahen Rollenspielen das richtige Verhalten vor der Kamera oder vor dem Mikrofon.

Die Zahl der Plätze ist auf 10 beschränkt (Anmeldung in der Reihenfolge des Eingangs).

Referent:
Bernhard Stricker

Kosten:
CHF 800.– (inkl. Übernachtung)

Datum:
Luzern: 21./22. November 2003

Anmeldung:
b.stricker@bluewin.ch oder
Telefon 031 311 40 91

Séminaires 2003

Planification, organisation de l'ouverture ou de la reprise d'un cabinet

L'improvisation n'est plus de mise. Un cabinet se gère comme une petite entreprise. Nous ne saurions trop vous recommander de vous inscrire aux excellents séminaires organisés à votre intention au cours de l'année.

L'offre:
Sont traités de manière générale: les Négociations de reprises, les méthodes de Financement, l'Aménagement intérieur, le Portefeuille d'assurance, la Fiscalité, les Encaissements d'honoraires, la Prévoyance.
Des exemples concrets sont développés qui permettent de suivre de façon pragmatique les démarches de l'installation dans une suite logique et cohérente. Une documentation très détaillée est remise aux participants.

Quand:
A Genève, le 6 novembre 2003,
de 8h45 à 17h30

Coût:
CHF 90.– repas, collations, documentation inclus

Inscription:
R.C.PONT MEDISERVICE VSAO-ASMAC
Rte de Jussy 29, CP 227, 1226 Thônex
E-mail: rpont@rcpont.com
tél. 022 869 46 20, fax 022 869 46 21

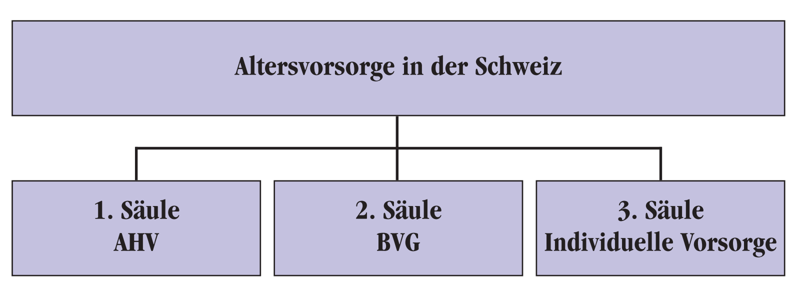
Zu guter Letzt

Sollten Sie, werte Leserinnen und Leser, in den letzten Wochen keine Antwort auf Ihre Mails an den VSAO erhalten haben, so liegt das an unserer Aktion «Saubere Mailbox». Um Tugend und Moral im VSAO hochzuhalten, wurde ein Filter installiert, der sämtliche Wörter mit der Buchstabenfolge «sex» zensuriert und eliminiert hat. Anzügliches und Zweideutiges wie etwa das Wort «Staatsexamen» blieb ebenso im Moralfilter hängen wie fast alle französischen Texte. Letzteres versteht sich von selbst, sind Franzosen doch für ihre Frivolität bekannt. Schweren Herzens haben sich die Verantwortlichen nun aber entschlossen, dem Sittenzerfall wieder Tür und Mailbox zu öffnen. Ab sofort werden verbale Ferkeleien also wiederum ungefiltert am Dählhölzliweg eintreffen. Zugleich möchten wir das Gerücht dementieren, wonach der Buchstabe S in der Abkürzung VSAO für «sittenstreng» stehe. *(ca)*

Weiterhin auf die zweite Säule setzen? Zweite Säule im Fokus.

Toni Niederhauser, Eidg. dipl. Versicherungsfachmann, Eidg. dipl. Finanzplanungsexperte





Die zweite Säule hat stürmische Zeiten hinter sich. Schlagzeilen wie Rentenklau, Bundesratszins und Unterdeckung haben die Schlagzeilen der Medien geprägt. Das Image des soliden Wertes, welches durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer paritätisch finanziert wird, wurde stark in Mitleidenschaft gezogen. Die Moral der Geschichte ist kurz gefasst: Die urmenschliche Gier nach Mehr(rendite) ist durch die Realität des Marktes abrupt eingeholt worden. Sowohl die Hausse des letzten Jahrzehnts als auch die lang anhaltende Baisse in den letzten drei Jahren sind unverhältnismässig stark ausgefallen, was nicht nur der Anlegerschaft zu spät bewusst geworden ist.

Dabei gilt das in der Bundesverfassung verankerte Vorsorgekonzept, wie es die Schweiz kennt, als Vorzeigemodell für viele umliegende Staaten. Nicht zuletzt dank den Fortschritten der Medizin ist die demographische Entwicklung, insbesondere in der westlichen Welt, eines der Hauptprobleme, welche die nächsten Jahrzehnte mit sich bringen werden. An die Eigenverantwortung und das Verständnis für die demographischen Entwicklungen werden in jedem Fall in der Zukunft erhöhte Anforderungen gestellt.

Die vergangenen Monate haben uns rekordtiefe Kapitalzinsen beschert, was insbesondere konservative Anleger mit einer praktischen Nullentwicklung des Sparbatzens entgegennehmen mussten. Das schwierige Wirtschaftsumfeld und überdurchschnittliches Missmanagement in etlichen Führungsetagen haben einen grossen Vertrauensverlust nach sich gezogen. In einem Umfeld von Misstrauen gegenüber dem Kapital und dessen Auswirkungen auf die Menschheit ist es äusserst schwierig, Anlagetipps mit nachhaltiger Wirkung geben zu wollen. Immerhin sind Begriffe wie Verantwortung, Ethik und Bildung von Vertrauen wieder vermehrt in den Wirtschaftsspalten zu lesen, was Anlass gibt, die Thematik mit Zuversicht anzugehen.

Ist es somit in absehbarer Zeit vorbei mit der Kapitalvermehrung? Nein.

Die Ärzteschaft hat ein taugliches Mittel, einen erheblichen Mehrwert auf unspektakuläre Art und Weise zu bewerkstelligen. Wegen der relativ langen Ausbildungszeit werden in den Anfangsjahren innerhalb der zweiten Säule nur unzureichende Beträge abgerechnet. Wird die Tätigkeit aufgenommen, so können diese durch **Einkäufe von fehlenden Beitragsjahren** nachträglich entrichtet werden. Einerseits wird so eine den Bedürfnissen entsprechende Vorsorge aufgebaut. Andererseits, und dies hat jetzt auch etwas mit Rendite zu tun, können diese **Mehraufwendungen bei den Einkommenssteuern in Abzug** gebracht werden. Mit diesem Mittel erreichen Sie, egal wie die Verzinsung auf dem Vorsorgeguthaben ist, eine **ausgezeichnete Nachsteuerrendite**.

Auswirkungen Einkauf von Beitragsjahren

Dr. med. Max Muster, Musterstrasse, 8001 Zürich
Verheiratet / 2 Kinder / reformiert

Steuerbares Einkommen	CHF 100'000.–	CHF 200'000.–
Steueraufkommen	CHF 19'150.–	CHF 56'550.–
Einkauf Beitragsjahre	CHF 20'000.–	CHF 20'000.–
Einsparung dank Einkauf	CHF 5'850.–	CHF 8'200.–

Aktueller Steuersatz Kanton Zürich *FinaLution GmbH, Burgdorf*

Der eigentliche Nutzen findet bei diesem Vorgang nicht auf der Ebene der eigentlichen Kapitalverzinsung statt, sondern die eingesparten Fiskalabgaben schlagen hier wesentlich zu Buche. Der Einkaufsbetrag wird voll dem bereits vorhandenen Altersguthaben zugefügt und nicht für die Finanzierung von Risikoleistungen verwendet.

Auch beim Wechsel vom Angestelltenstatus zur eigenen Praxis bietet sich diese Gelegenheit nachhaltiger Optimierung. Nach dem Bezug des Vorsorgeguthabens, welches für die Investitionen eingesetzt werden muss, können die Möglichkeiten des Einkaufes wieder geltend gemacht werden. Dies ist in einem gewissen Sinne der Ausgleich, welcher mit den Risiken einer Selbständigkeit auf sich genommen wird.

Neben dem eigentlichen Instrumentarium, welches die berufliche Vorsorge bietet, gilt ein spezielles Augenmerk auf das Timing der Einzahlungen zu legen. Einkäufe sollten über eine längere Zeitperiode und mit anderen steuerlichen Massnahmen koordiniert erfolgen, damit die Wirkung nachhaltig gestaltet werden kann.

Aus diesen Beispielen ist deutlich ersichtlich, dass eine gezielte Planung der einzusetzenden Mittel eine hohe Effizienz nach sich zieht, ohne auf die eigentliche Rendite des Vorsorgeguthabens einzugehen. Der Beizug eines eingespielten Teams, welches sowohl die steuerrechtlichen Tatbestände als auch die vorsorgetechnischen Aspekte überwacht, ist hingegen unerlässlich.

Die zweite Säule wird ihren Stellenwert innerhalb des schweizerischen Vorsorgekonzeptes beibehalten. Hingegen wird es in Zukunft unausweichlich sein, die regulativen Tatbestände den aktuellen Verhältnissen anzupassen.

Die beiden Vorsorgestiftungen des VSAO bieten sowohl für angestellte Assistenz- und Oberärzte als auch für selbständig erwerbende Ärzte und deren Praxispersonal eine breite Auswahl an Lösungen, die den speziellen Bedürfnissen der Ärzteschaft gerecht werden.

Einmaliger Einkauf vs. Verteilung auf 5 Jahre

Dr. med. Max Muster, Musterstrasse, 8001 Zürich
Max. Einkaufspotenzial CHF 100’000.–

	Steuerbares Einkommen CHF 100’000.–	Steuerbares Einkommen CHF 200’000.–
Auswirkung einmaliger Einkauf CHF 100’000.–	Steuerentlastung CHF 19’150.–	Steuerentlastung CHF 37’400.–
Auswirkung Einkauf CHF 20’000.– auf 5 Jahre verteilt	Steuerentlastung total CHF 29’250.–	Steuerentlastung total CHF 41’000.–

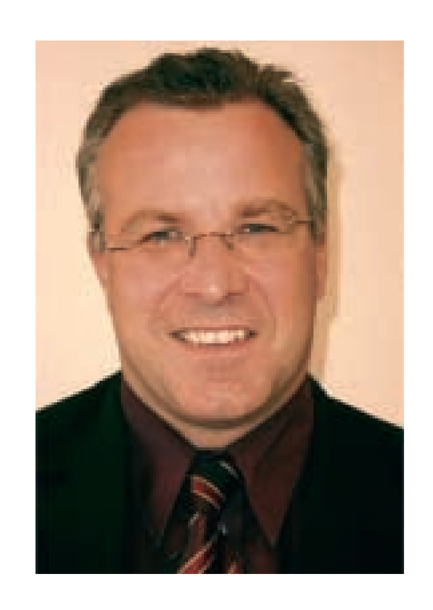
Aktueller Steuersatz Kanton Zürich *FinaLution GmbH, Burgdorf*

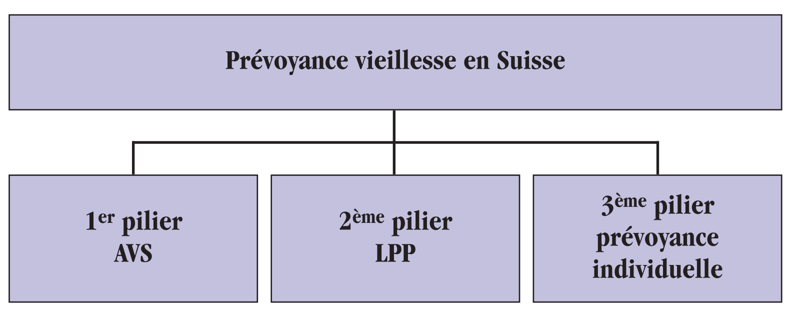
Zur Person

Toni Niederhauser
Eidg. dipl. Versicherungsfachmann
Eidg. dipl. Finanzplanungsexperte
Inhaber der FinaLution GmbH,
Finanz- und Vorsorgelösungen
Bahnhofstrasse 45
3401 Burgdorf
Tel. 034 423 66 33
Fax 034 423 66 34
toni.niederhauser@finalution.com
www.finalution.com

Miser à nouveau sur le 2ème pilier? Le deuxième pilier en point de mire.

Toni Niederhauser, Eidg. dipl. Versicherungsfachmann, Eidg. dipl. Finanzplanungsexperte





Le deuxième pilier a traversé une zone de tempête. Les gros titres tels que rentes sabrées, impôt fédéral, manque de couverture, ont fait la une des médias. L'image d'une valeur solide financée de manière paritaire par l'employeur et l'employé, en a pris un coup. La morale de l'histoire se résume à ceci: l'avidité primaire de l'homme s'est abruptement heurtée et rangée à la réalité du marché. Aussi bien les hausses durant la dernière décennie que les baisses longuement persistantes durant les trois dernières années ont agressé le système de manière disproportionnée, ce que les investisseurs ne sont pas les seuls à avoir tardivement réalisé.

Le concept de prévoyance ancré dans la constitution fédérale tel qu'il existe en Suisse a valeur de modèle pour de nombreux états voisins. Notamment grâce aux progrès de la médecine, l'évolution démographique, principalement dans le monde occidental, représente un des principaux problèmes pour les prochaines décennies. A l'avenir, cette situation posera de toute manière des exigences accrues de responsabilité personnelle et de compréhension fine de l'évolution démographique.

Les mois passés nous ont offert des diminutions record des taux d'intérêt sur le capital, ce qui fait que les investisseurs conservateurs ont dû se contenter d'un développement pratiquement nul du magot. Le climat économique difficile et une large insuffisance de gestion ont eu pour conséquence une grande perte de confiance. Dans un climat de méfiance envers le capital et ses effets sur l'humanité, il est très difficile de pouvoir donner des tuyaux de placement avec effet à long terme. Toujours est-il que des notions telles que responsabilité, éthique et mise en confiance sont à nouveau lisibles dans les fissures économiques, ce qui donne l'occasion d'aborder la thématique avec espoir.

Alors, en est-il fini à bref délai de la croissance du capital? Non.

Le Corps médical a un bon moyen de réaliser une plus-value substantielle d'une manière naturelle. Étant donné le temps de formation relativement long, les montants alloués au deuxième pilier durant les années de début sont insuffisants. Lorsque le nouveau médecin commence son activité, il a la possibilité de **racheter ces années de contributions manquantes** par des versements subsidiaires. D'une part, il est ainsi possible de créer une prévoyance conforme aux besoins. D'autre part, et cela a maintenant aussi quelque chose à voir avec le rendement, ces versements supplémentaires peuvent être **déduits de l'impôt sur le revenu**. Avec ce moyen, vous obtenez un **excellent rendement après impôt**, à l'égal de l'intérêt rapporté par l'avoir de prévoyance.

Effets de l'achat d'années de contributions

Dr Max Muster, Musterstrasse, 8001 Zurich
Marié, 2 enfants, réformé

Revenu imposable	CHF 100'000.–	CHF 200'000.–
Montant des impôts	CHF 19'150.–	CHF 56'550.–
Achat d'années de contributions	CHF 20'000.–	CHF 20'000.–
Économie grâce à l'achat	CHF 5'850.–	CHF 8'200.–

Taux actuel d'imposition dans le canton de Zurich FinaLution GmbH, Burgdorf

La véritable utilité de ce procédé ne se situe pas au niveau des intérêts du capital propre, mais au niveau de l'économie réalisée par le biais des déductions fiscales. Le montant de l'achat vient entièrement s'ajouter à l'avoir vieillesse déjà accumulé et n'est pas utilisé pour le financement des prestations de risque.

Cette opportunité s'avère également une optimisation durable en cas de passage du statut d'employé à celui d'indépendant (ouverture d'un cabinet médical). Après le nantissement de l'avoir vieillesse nécessaire aux investissements, les possibilités de rachat peuvent à nouveau être remises en vigueur. Ceci représente dans un certain sens la compensation des risques pris lors de la prise d'une activité indépendante.

Rachat en une fois versus répartition sur 5 ans

Dr Max Muster, Musterstrasse, 8001 Zurich
Capacité maximale de rachat: CHF 100'000.–

	Revenu imposable CHF 100'000.–	Revenu imposable CHF 200'000.–
Effet d'un rachat unique CHF 100'000.–	Exonération d'impôt CHF 19'150.–	Exonération d'impôt CHF 37'400.–
Effet d'un rachat de CHF 20'000.– par année pendant 5 ans	Exonération d'impôt totale CHF 29'250.–	Exonération d'impôt totale CHF 41'000.–

Taux actuel d'imposition dans le canton de Zurich *FinaLution GmbH, Burgdorf*

A côté des instruments propres offerts par la prévoyance professionnelle, il vaut la peine de porter une attention spéciale au timing des versements. Pour avoir un effet durable, les rachats devraient être échelonnés sur une longue période et être coordonnés avec d'autres mesures fiscales.

Ces exemples montrent clairement qu'une planification ciblée des moyens investis permet d'atteindre une haute efficience, sans que le rendement propre de l'avoir vieillesse ne soit compromis. Mais il est indispensable de faire ici appel aux conseils d'une équipe rodée qui soit constamment au fait des subtilités fiscales autant que des aspects techniques de la prévoyance.

Le deuxième pilier garde toute sa place dans le concept de prévoyance suisse. Cependant, il sera à l'avenir inévitable d'adapter ses éléments de régulation aux conditions actuelles.

Aussi bien pour les assistants et chefs de clinique avec un statut d'employé que pour les médecins installés à titre indépendant et leur personnel, les deux fondations de prévoyance de l'ASMAC offrent un large choix de solutions qui tiennent compte des besoins spécifiques du Corps médical.

Zur Person

Toni Niederhauser
Eidg. dipl. Versicherungsfachmann
Eidg. dipl. Finanzplanungsexperte
Inhaber der FinaLution GmbH,
Finanz- und Vorsorgelösungen
Bahnhofstrasse 45
3401 Burgdorf
Tel. 034 423 66 33
Fax 034 423 66 34
toni.niederhauser@finalution.com
www.finalution.com

Praxiseröffnung: Fragen und Antworten

Wolfgang Schibler, Direktor Ärztekasse, Vorstandsmitglied MEDISERVICE VSAO-ASMAC



Wer in diesen komplizierten Zeiten eine Arztpraxis eröffnen will, hat vieles zu bedenken, zu prüfen und zu planen. Das beginnt mit dem Evaluieren des geeigneten Standorts und setzt sich fort mit der Entwicklung eines Praxiskonzeptes sowie mit dem Projektieren und Kalkulieren der notwendigen Installationen und Einrichtungen. Gleichzeitig gilt es, einen Businessplan zu erarbeiten, wobei eine ganze Reihe betriebswirtschaftlicher Fragen zu beantworten sind: Budgetierung und Finanzierung, Organisation und Administration, Versicherung und Vorsorge, Internet- und Informatiklösung – um nur das Wichtigste zu nennen.

Die Tarmed-Zukunft hat begonnen

Praxisgründerinnen und Praxisgründer, die künftig nicht nur Leistungen erbringen, sondern sie auch verrechnen wollen, kommen zudem nicht darum herum, sich mit den Geheimnissen der Tarifordnung zu befassen. Und wenn die Praxispremiere noch in diesem Jahr stattfinden soll, wird man sich sogar mit zwei unterschiedlichen Abrechnungsverfahren auseinandersetzen müssen, die gleichzeitig gültig sind. Denn für die Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung (UVG) ist bereits seit dem 1. Mai 2003 mit dem neuen System, also mit dem berühmt-berüchtigten Tarmed, abzurechnen, während im Zuständigkeitsgebiet des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) bis zum Jahresende noch die bisherigen kantonalen Tarife gelten. Ab 1. Januar 2004 wird dann in allen Kantonen und Einsatzbereichen nur noch das einheitliche Tarifprinzip des Tarmed zur Anwendung kommen.

Taxpunktwert und Kostenneutralität

Der neue Tarif wird für alle ärztlichen Tätigkeiten im ambulanten Bereich gelten, also für Arztpraxen und für Krankenhäuser. Die regional unterschiedlichen Taxpunktwerte, die zurzeit in kantonalen Verhandlungen festgelegt werden, müssen dabei die Prämisse der viel diskutierten Kostenneutralität erfüllen. Deren Kontrolle soll sich dann über einen Zeitraum von 18 Monaten erstrecken, wobei allfällige Korrekturen erfolgen, sobald der Gesamtaufwand eine bestimmte Toleranzgrenze überschritten hat.

Um die Verrechnung zu vereinfachen und Kosten zu sparen, wurden die Arztpraxen dazu verpflichtet, spätestens zwei Jahre nach Einführung des neuen Tarifs nur noch elektronisch abzurechnen. Die Ärztekasse, die sich als standeseigene Genossenschaft schon seit Jahren mit den verschiedenen Aspekten des Tarmed beschäftigt hat, entwickelte dafür spezifische Produkte, mit denen die Anforderungen, welche der neue Tarif an die Arztpraxis stellt, optimal zu erfüllen sind.

Praxisadministration mit oder ohne Computer

Für Ärztinnen und Ärzte, die selbst mit dem Computer abrechnen, gibt es das Praxisadministrationsprogramm MediWin CB Pro, das sich seit dem 1. Mai im täglichen UVG-Einsatz bereits bestens bewährt hat. Das speziell auf die Anforderungen des Tarmed abgestimmte Programm eignet sich für Einzel- und Gruppenpraxen und kann in Deutsch, Französisch und Italienisch installiert werden.

Aber auch jene zahlreichen Ärztinnen und Ärzte, die nicht mit dem Computer arbeiten wollen, werden bei der Ärztekasse voll und ganz auf ihre Rechnung kommen. Denn mit der Leistungsblatt-Variante E steht eine Lösung zur Verfügung, die absolut Tarmed-tauglich ist, da die in der Praxis manuell ausgefüllten Leistungsformulare im Rechenzentrum der Ärztekasse vollständig digitalisiert werden, sodass die künftige Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung bereits heute gewährleistet ist.

TrustCenter und Tarifoptimierung

Durch die Digitalisierung ihrer Daten werden die Ärztinnen und Ärzte aber auch von den Angeboten jener regionalen TrustCenter profitieren können, die zurzeit im Aufbau sind. Dank diesen Datensammelstellen wird die Schweizer Ärzteschaft erstmals in der Lage sein, selbst über ihre Daten zu verfügen, womit die Kantonalgesellschaften das Recht erhalten, diese eigenen Zahlen in die Tarifverhandlungen einzubringen. Und das ist zweifellos ein ganz entscheidender Schritt zur Erreichung gleichwertiger Bedingungen für eine vernünftige Verständigung mit den Versicherern.

Den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten bietet das TrustCenter aber auch den Vorteil, die Handhabung des Tarmed laufend überprüfen und optimieren zu können. Das geschieht mit Hilfe eines regelmässig aktualisierten «Praxisspiegels», dank dem sich der Einsatz des neuen Tarifs mit jenem von Kolleginnen und Kollegen aus derselben Fachgruppe vergleichen lässt – zum Beispiel auch in Bezug auf die statistische Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Positionen.

Es steht fest, dass die Arztpraxen von den TrustCentern profitieren werden, wobei die Mitglieder der Ärztekasse – und alle, die es werden wollen! – gleich zweifach im Vorteil sind. Weil sie erstens die Ärztekasse mit der fachgerechten Datenüber-

mittlung beauftragen und sich somit davon entlasten können. Und weil sie zweitens in jenen TrustCentern, die mit der Ärztekasse einen Kooperationsvertrag abgeschlossen haben, einen reichlichen Rabatt erhalten werden.

Die Gretchenfrage «Make or buy?»

Dass die Ärztekasse in den letzten Monaten einen stetig wachsenden Zustrom von neuen Mitgliedern verzeichnen konnte, hat einerseits sicher mit ihrer ausgewiesenen Kompetenz in Sachen Tarmed und TrustCenter zu tun. Andererseits ist die Einführung des neuen Tarifs für viele Ärztinnen und Ärzte aber auch ein Anlass, die Organisation ihrer Praxis zu überprüfen und sich von den immer umfangreicheren Verwaltungspflichten zu entlasten. Denn je grösser der Konkurrenz- und Kostendruck wird und je anspruchsvoller die Anforderungen, die an die Administration gestellt werden, umso mehr wird sich die Gretchenfrage des «Make or buy?» zugunsten jenes «Business Process Outsourcing» entscheiden, das es möglich macht, die Arbeitszeit und Arbeitskraft auf die Kernkompetenz zu konzentrieren und die nichtmedizinischen Aufgaben von einem professionellen Partner erledigen zu lassen.

Spezialisten und Generalisten

Die Ärztekasse hat sich auf die veränderten Verhältnisse und Bedürfnisse mit Angeboten eingestellt, die folgende Leistungen umfassen:

- Administration (Fakturierung mit und ohne Computer, Mahnwesen, Inkasso),
- Informatik (Konzeption, Installation, Instruktion),
- Betriebswirtschaft (Businessplan, Steuerberatung, Unternehmensplanung),
- Treuhand (Buchführung, Salärwesen, Zahlungsverkehr),
- Kommunikation (Internet, E-Mail, Netzwerke),
- Schulung (Informatik, Praxisadministration, Tarmed).

Zuständig für die Bereiche Treuhand und Betriebswirtschaft ist dabei die MAS Treuhand und Beratungs AG, eine der Partnerfirmen der Ärztekasse, die zusammen ein Netzwerk aus ausgewiesenen Spezialisten und Generalisten bilden, welche zudem immer auch über ein profundes Know-how im Schweizer Gesundheitswesen verfügen.

Geld sparen und Zeit gewinnen

Trotz dieser personellen Vielfalt gibt es für die Kunden der Ärztekasse nur einen verantwortlichen Ansprechpartner – den Leiter oder die Leiterin der regionalen Geschäftsstelle. Das hat insbesondere auch für Praxiseröffnerinnen und Praxiseröffner den Vorteil, dass sie bald einmal wissen, mit wem sie es zu tun haben. Wobei sie sich darauf verlassen können, dass dies jemand ist, der die örtlichen Bedingungen kennt und aus Erfahrung sehr genau weiss, wie sich in einer Arztpraxis Geld sparen und Zeit gewinnen lässt: Zeit für das, was wirklich wichtig ist.

PS
Für die Beantwortung weiterer Fragen steht Ihnen der Verfasser gerne zur Verfügung – via Telefon 01 436 17 73 oder wolfgang.schibler@aerztekasse.ch.

Detaillierteres zu den Dienstleistungen der Ärztekasse können Sie ausserdem über www.aerztekasse.ch erfahren.

Ouvrir son cabinet médical: questions et réponses

Wolfgang Schibler, directeur de la Caisse des Médecins, membre du Comité MEDISERVICE VSAO-ASMAC



Ouvrir son cabinet médical à notre époque, ô combien compliquée, demande réflexion, analyse et planification. La recherche de l'emplacement approprié, son évaluation, l'élaboration du concept désiré, la planification, l'estimation du coût des installations et équipements sont des étapes incontournables. Parallèlement, il y a lieu d'établir un business plan et répondre à toute une série de questions communes à la création d'entreprise: budget et financement, organisation et administration, assurance et prévoyance, solutions Internet et informatique, pour ne citer que les principales.

L'avenir: le Tarmed

En ouvrant votre cabinet, vous allez fournir des prestations mais aussi naturellement devoir les facturer et vous ne pourrez échapper à l'étude de la nouvelle convention tarifaire: le tarmed. Et si le cabinet est inauguré cette année encore, il va falloir prendre en compte simultanément deux bases tarifaires. En effet, pour les assurances accidents, militaire et invalidité, depuis le 1er mai 2003 le Tarmed est déjà entré en vigueur, tandis que dans le domaine de compétences de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), les tarifs cantonaux actuels sont encore valables jusqu'à la fin de cette année. A partir du 1er janvier 2004, dans tous les cantons et domaines d'intervention, le Tarmed sera seul applicable.

Valeur de point et neutralité des coûts

Le nouveau tarif sera applicable à toutes les activités médicales dans le domaine ambulatoire, donc pour les cabinets médicaux et pour les hôpitaux. Les valeurs de point, différentes d'une région à l'autre, qui sont actuellement en cours de négociation au sein des différentes instances paritaires cantonales devront satisfaire les conditions de la neutralité des coûts tant débattue. Le contrôle s'étendra ensuite sur une période de 18 mois, et les corrections éventuelles s'effectueront immédiatement dès que la dépense globale aura dépassé un certain seuil de tolérance.

Afin de simplifier la facturation et d'économiser des coûts, les cabinets médicaux seront obligés, au plus tard deux ans après l'instauration du nouveau tarif, de ne plus faire leurs décomptes qu'électroniquement. La Caisse des Médecins, qui s'est déjà préoccupée depuis des années, en tant que coopérative autonome, des divers aspects du Tarmed, a élaboré des produits spécifiques à cet effet, au moyen desquels les exigences posées par le nouveau tarif au cabinet médical peuvent être satisfaites de manière optimale.

Administration de cabinet: avec ou sans ordinateur

Pour les médecins qui font eux-mêmes leur notes d'honoraires par ordinateur, la Caisse des Médecins propose son logiciel de gestion MediWin CB Pro, qui a déjà largement fait ses preuves depuis le 1er mai pour la facturation LAA / AI / AMF. Ce programme spécialement adapté aux exigences du Tarmed convient pour les cabinets individuels et collectifs et peut être installé en allemand, en français et en italien.

Les nombreux médecins qui n'éprouvent pas le besoin d'utiliser l'informatique pour assurer leur gestion trouveront en la Caisse des Médecins le partenaire qui a su prendre en compte leurs besoins réels. Avec la variante «feuille de prestation», ils ont la solution compatible Tarmed qui satisfait à toutes ses exigences. En effet, les fiches de prestations remplies manuellement au cabinet sont numérisées par notre centre de calcul de telle sorte que l'obligation future de décompte électronique est d'ores et déjà garantie.

TrustCenter et optimisation des tarifs

Grâce à la digitalisation de leurs données, les médecins vont également pouvoir profiter des offres des TrustCenters régionaux qui sont actuellement en cours d'élaboration. Grâce à ces lieux de récolte des données, le corps médical suisse va être à même, pour la première fois, de disposer lui-même de ses données, les sociétés cantonales obtenant le droit d'apporter ces chiffres dans les négociations tarifaires. Et c'est là sans nul doute une étape tout à fait décisive pour la réalisation de conditions égalitaires lors des négociations avec les différents partenaires.

Le TrustCenter permettra également aux médecins de contrôler et d'optimiser en permanence son utilisation du Tarmed. Les informations issues du TrustCenter reflétant la réalité de la pratique quotidienne, et qui plus est, régulièrement actualisées permettront au médecin indépendant de se positionner par rapport à la moyenne de sa propre spécialité. Le recours à ces différentes statistiques sera indéniablement un plus à l'optimisation de sa gestion tarifaire.

Il est certain que les cabinets médicaux ne peuvent que bénéficier des TrustCen-

ters; les membres de la Caisse des Médecins, et tous ceux qui veulent le devenir, seront doublement avantagés, d'une part parce que la Caisse des Médecins se chargera de la transmission conforme des données et qu'ainsi tous les soucis leurs seront épargnés et d'autre part parce que les TrustCenters qui ont conclu un contrat de coopération avec la Caisse des Médecins accorderont un substantiel rabais aux utilisateurs communs.

La question cruciale: je fais tout ou je délègue?

Si la Caisse des Médecins a enregistré au cours des derniers mois un afflux toujours croissant de nouveaux membres, il y a deux raisons principales à cet état de fait. La compétence, unanimement reconnue, acquise par la Caisse des Médecins depuis de longues années sur les sujets Tarmed et Trust Center en est une. D'autre part, l'instauration d'un nouveau tarif et des conséquences que cela suppose entraînent naturellement une profonde réflexion pour qui veut rationaliser sa gestion et ainsi envisager la délégation de ses tâches administratives toujours plus vastes. Sous la pression de la concurrence, de l'augmentation des coûts, les contraintes imposées à l'administration sont de plus en plus sévères et la réponse à la question devenue primordiale: «je fais tout ou je délègue» penchera, sans conteste aucun, en faveur du «business process outsourcing» qui permet de concentrer les heures de travail et la main-d'œuvre sur la compétence essentielle et de faire exécuter les tâches non médicales par un partenaire professionnel.

Spécialistes et généralistes

Ces nouvelles donnes ont engendré des besoins nouveaux et pour y répondre d'une manière constructive et efficace, la Caisse des Médecins a développé sa palette de services en mettant au point des offres qui englobent les prestations suivantes:

- administration (facturation avec et sans ordinateur, rappels, recouvrement),
- informatique (conception, installation),
- économie d'entreprise (business plan, conseil fiscal, planification d'entreprise),
- fiduciaire (tenue des comptes, salaires, trafic des paiements),
- communication (Internet, e-mail, réseaux),
- formation (informatique, administration des cabinets, Tarmed).

La société Gestmed, partenaire de la Caisse des Médecins, a développé des compétences particulières dans les domaines fiduciaire et économie d'entreprise. Tous ces partenaires constituent ensemble un réseau de spécialistes et généralistes chevronnés, qui disposent également d'un solide savoir-faire en matière de santé publique suisse.

Economiser de l'argent et gagner du temps

Malgré cette abondance de personnel, il n'y a pour les clients de la Caisse des Médecins qu'un interlocuteur responsable son chef d'agence, avec tous les avantages que cela suppose. Savoir qu'ils peuvent se fier à une personne d'expérience, très au fait des conditions locales et qui sera à même de le conseiller pour ce qui devient plus qu'une priorité à notre époque, comment économiser de l'argent et du temps dans le cabinet médical et n'avoir qu'à l'esprit cette maxime: le temps pour ce qui est vraiment important.

P.-S.
Pour répondre à toutes questions, l'auteur de cet article se tient à votre entière disposition, par téléphone (01 436 17 73) ou par e-mail (wolfgang.schibler@aerztekasse.ch).

Vous trouverez en outre de plus amples détails sur les prestations de services de la Caisse des Médecins sous www.caisse-des-medecins.ch.

Kontaktadressen der Sektionen

AG VSAO Sektion Aargau, Verbandssekretär: Eric Vultier, lic. iur., Auf der Mauer 2, 8001 Zürich, Tel. 01 250 43 23, Fax 01 250 43 20, aargau@vsao.ch

BL/BS Verband Basler Assistenz- und Oberärzte/-innen Postfach 336, 4010 Basel, Tel. 061 270 33 60 Geschäftsführer und Sekretariat: Lucius Huber Dr. iur., Advokat, Dufourstr. 11, 4052 Basel, sekretariat@vbao.ch

BE VSAO Sektion Bern, Frau R. Glauser, Schwarztorstrasse 22, 3007 Bern, Tel. 031 381 39 39, Fax 031 381 82 41, bern@vsao.ch

FR ASMAF Section Fribourg, Case postale, Hôpital cantonal, 1708 Fribourg, villets@bluewin.ch

GR VSAO Sektion Graubünden, Nik Oechslin, Kantonales Frauenspital Fontana, 7000 Chur, Tel. 081 254 81 11, niklaus.oechslin@san.gr.ch

JU Guillaume Bron, Hôpital régional, 2800 Delémont, tél. 032 421 21 21

SG/Appenzell
VSAO Sektion St. Gallen, siehe DAVID-Sekretariat, st.gallen@vsao.ch; appenzell@vsao.ch; st.gallen_appenzell@vsao.ch

SO VSAO Sektion Solothurn, Dr. med. Thomas Krebs, Präsident, Bahnweg 11, 4542 Luterbach, Tel. P 032 682 60 04, Tel. G 032 627 84 70, solothurn@vsao.ch

TI ASMACT, Associazione Medici Assistenti e Capiclinica Ticinesi, Avv. Marina Pietra, Viale Franscini, 17, 6904 Lugano, Tel. 091 922 95 22, Fax 091 923 61 71, pietraponti@ticino.com

TG VSAO Sektion Thurgau, siehe DAVID-Sekretariat, thurgau@vsao.ch

VD ASMAV, Case postale 9, CHUV, BH-08, 1011 Lausanne, tél. 021 651 05 08, http://www.asmav.ch, asmav@svmed.ch

VS ASMAC Section Valais, Case postale 352, 1951 Sion, asmaval@asmac.ch

Zentralschweiz
Gert Printzen, Inselspital, 3010 Bern, Tel. 031 632 29 33, gert.printzen@insel.ch, zentralschweiz@vsao.ch

ZH VSAO Sektion Zürich, Dr. R. M. Reck, Brandstrasse 6c, 8610 Uster, Tel. 01 941 46 78, Fax 01 941 46 67, vsao-zh@bluewin.ch; www.vsao-zuerich.ch

DAVID-Sekretariat: Annette Gasser, Vorstettli 13, 4524 Günsberg, Tel. 032 637 07 15, Fax 032 637 07 16, david@vsao.ch

Impressum

Herausgeber/ Redaktion

VSAO, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, Dählhölzliweg 3, Postfach 229, 3000 Bern 6, Telefon 031 350 44 88, Fax 031 350 44 89, journal@vsao.ch, http://www.vsao.ch

Verlag

Schwabe & Co. AG, Steinentorstrasse 13, 4010 Basel, Telefon 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56, verlag@schwabe.ch, http://www.schwabe.ch

Redaktion

Catherine Aeschbacher (Chefredaktorin), Iris Irène Bachmann, Hannes Balmer, Franziska Businger, Esther Camenzind, Tobias Ehmann, Till Saxer

Geschäftsausschuss VSAO

Matthias Winistörfer, Präsident
Tobias Ehmann, Vizepräsident
Peter Studer, Vizepräsident
Andrea Vincenzo Braga, Barbara Goeggel, Teresa Hidalgo, Stefan Kunz, Gert Printzen, Stefan Schneider, Vital Schreiber, Susanna Stöhr

Druck und Versand

Druckerei Schwabe & Co. AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Telefon 061 467 85 85, Fax 061 467 85 86, druckerei@schwabe.ch

Inseratenregie

pharma media promotion, K. Hess, Lättichstrasse 6, 6342 Baar 2, Telefon 041 760 23 23, Fax 041 760 23 27, info@pharma-media-promotion.ch

Auflage: 16 325 Ex.

Erscheinungshäufigkeit: 10 Hefte pro Jahr. Für VSAO-Mitglieder im Jahresbeitrag inbegriffen.

ISSN 1422-2086

Ausgabe Nr. 11/2003:

erscheint im November 2003